



Santé Health  
Canada Canada

# EN FAVORIS DE LA QUALITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRIS

---

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ



DEUXIÈME ÉDITION

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé  
*Santé Canada*

Pour l'accès à l'Internet, veuillez aller à :  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/quete/index.html>

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette,  
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs  
et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

Also available in English under the title:  
*Quest for Quality in Canadian Health Care:  
Continuous Quality Improvement*

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and  
Government Services Canada, 2000  
Cat. N° H39-288/2000F  
ISBN 0-662-84386-X





# EN QUÊTE DE QUALITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ CANADIENS

---

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA  
QUALITÉ

*DEUXIÈME ÉDITION*

MARYLOU HARRIGAN, MCED  
HARRIGAN CONSULTING  
VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE)

ISBN page

## TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos .....	vii
Préface .....	xi
Remerciements .....	xiv
 1 <sup>e</sup> partie - INTRODUCTION .....	 1
DÉFIS .....	5
Réforme de la santé .....	9
QUALITÉ ET ACQ .....	13
Le point clé de l'ACQ .....	16
Le pouvoir de l'ACQ en matière de planification .....	19
INITIATIVES CANADIENNES .....	21
 2 <sup>e</sup> partie - PRINCIPES FONDAMENTAUX .....	 25
CONCEPTION DE L'ACQ POUR LES SOINS DE SANTÉ .....	29
CLIENTÈLE .....	30
Le rôle du client .....	30
Définition du client .....	31
Équipe interdisciplinaire .....	34
Gamme de clients de différents milieux .....	35
Fournisseurs .....	39
Relations totales avec le client .....	40
Perspectives du client .....	42
PROCESSUS .....	49
Responsabilités de l'amélioration du processus .....	51
Modification du processus .....	53
PEÉA - un modèle d'apprentissage .....	57
AMÉLIORATION DES SYSTÈMES .....	59
Regarder l'organisation comme un système .....	59
Amélioration et changement .....	64
Un modèle d'amélioration .....	71
Mesure .....	74

<b>3<sup>e</sup> partie - REFONTE DE L'ORGANISATION .....</b>	<b>77</b>
LEADERSHIP .....	81
Leadership : vers le prochain siècle.....	81
Le rôle des dirigeants .....	83
CULTURE ORGANISATIONNELLE .....	92
Le besoin d'une culture axée sur la qualité .....	92
Le défi du changement culturel.....	93
Harmonisation des composantes clés .....	95
ORGANISATIONS ET APPRENTISSAGE .....	98
Organisations intelligentes .....	98
Leadership dans des organisations intelligentes.....	99
Apprentissage dans les professions de la santé.....	104
ÉQUIPES.....	107
ACQ et les équipes .....	107
Formation et soutien de l'équipe .....	108
Habilitation de l'équipe.....	111
HABILITATION .....	116
Habilitation et ACQ.....	116
La marche à suivre pour procéder à l'habilitation.....	117
Équipes habilitées .....	119
Permettre au personnel d'agir.....	121
UNE CONCEPTION ORGANISATIONNELLE POUR L'ACQ .....	122
Conseils chargés de la qualité et comités de soutien.....	122
Structure de l'organisation pour appuyer la vision .....	125
Adoption de l'ACQ.....	127
 <b>4<sup>e</sup> partie - MISE EN APPLICATION .....</b>	 <b>131</b>
LIGNES DIRECTRICES POUR L'AMÉLIORATION DE L'ACQ.....	135
Introduction.....	135
Étapes de la mise en application.....	136
Rôle des consultants .....	140
LE PLAN D'ACQ .....	141
La feuille de route .....	141
Éléments d'un plan d'ACQ.....	142
Élaboration du plan.....	143
STRATÉGIES DE COMMUNICATION.....	149

RESSOURCES HUMAINES.....	155
Répercussions de l'ACQ .....	155
Façons d'appuyer le personnel clinique dans l'ACQ.....	157
ÉDUCATION .....	161
Connaissances .....	162
Acquisition de nouvelles compétences .....	163
Aptitudes personnelles .....	164
Aptitudes d'efficacité de l'équipe .....	165
Outils de contrôle de la qualité.....	168
Améliorations du processus.....	169
 5 <sup>e</sup> partie - INDICATEURS.....	175
ÉLABORATION D'INDICATEURS.....	179
Définitions .....	179
Leadership .....	181
Intégration des indicateurs dans le programme d'accréditation.....	186
Indicateurs de soins de longue durée .....	191
 6 <sup>e</sup> partie - ÉVALUATION .....	195
APPROCHES EN MATIÈRE D'ÉVALUATION .....	199
MATIÈRES À ÉVALUER.....	203
Défis et pièges .....	204
ANALYSE DU RENDEMENT .....	211
Mesures d'amélioration du processus .....	212
Rapports d'évaluation : Mesures de reddition de comptes.....	223
Recherche pour appuyer l'amélioration.....	227
LES DÉFIS D'UNE MESURE DES RÉSULTATS .....	229
 RÉFÉRENCES .....	233
 BIBLIOGRAPHIE .....	247
 ANNEXES.....	273



## AVANT-PROPOS

Il me fait plaisir de présenter la deuxième édition du rapport intitulé *Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Improvement*.

Assurer et favoriser des services de soins de santé continue d'être une priorité pour le système canadien de soins de santé. L'élaboration, la mise en application et le maintien de services de haute qualité et rentables présentent bon nombre de possibilités et de défis. Le besoin de collaborer et la volonté de partager les idées entre les autorités et avec d'autres pays se révèlent de plus en plus essentiels.

Les possibilités d'améliorer le système se présenteront tout au long de l'évolution de la réforme des systèmes de santé. L'utilisation d'approches, d'outils et d'indicateurs d'amélioration de la qualité a évolué et a permis aux organisations de connaître de nouveaux concepts; il est cependant tout aussi important de comprendre les défis et les obstacles associés au changement et de fournir, au sein du système, des incitatifs pour les initiatives d'amélioration qui peuvent être partagés avec les autres autorités.

Le ministre des Finances a annoncé dans son budget fédéral de 1999 un important investissement dans les programmes de santé de la population canadienne et dans la qualité des soins de santé. Une des principales parties du réinvestissement dans le système de soins de santé vise à favoriser la recherche et l'innovation en matière de santé et à améliorer les renseignements sur la santé. La recherche en matière de santé est la pierre angulaire d'un système de soins de santé de l'avenir. Les preuves engendrées par la recherche en matière de santé mènent à la découverte de nouveaux traitements et de nouvelles techniques et procédures qui peuvent améliorer le système des soins de santé. L'amélioration des renseignements sur la santé est cruciale pour améliorer la prestation des soins de santé, la reddition de comptes du système de soins de santé et l'accès, pour la population canadienne, aux renseignements sur la santé et les soins de santé.

Bien qu'il soit nécessaire de poursuivre la recherche et l'innovation en matière de santé pour améliorer la qualité des soins de santé de la population canadienne, il faut aussi créer des approches nationales,

provinciales et territoriales, régionales et locales pour transformer les plus récents renseignements en matière de recherche et de santé en améliorations dans la qualité des services de santé dispensés aux malades. En réalisant ces améliorations, il est essentiel de tenir compte des besoins et des préoccupations des fournisseurs et des consommateurs de soins de santé en s'assurant qu'ils participent au processus d'amélioration du système.

Ces trois approches peuvent créer un cadre dynamique qui insiste sur les forces du système de soins de santé existant tout en mettant en application des concepts d'amélioration continue de la qualité (ACQ). Il est essentiel que toute approche ait la capacité d'intégrer les approches actuelles et les nouvelles pour évaluer et améliorer les soins de santé et les résultats de santé. La tâche consiste à trouver les meilleures façons d'améliorer les systèmes, c'est-à-dire des approches professionnelles, organisationnelles et administratives pertinentes aux soins de santé canadiens.

Les écrits qui existent à ce sujet montrent de plus en plus la convergence de modèles ou de cadres qui incorporent une recherche et des mécanismes scientifiques de mesure à l'aide desquels ces idées peuvent améliorer les soins de santé. La création et l'échange d'idées font partie intégrante du processus d'élaboration. On découvre aussi des applications pratiques pour améliorer la qualité. À mesure que nous travaillons à l'intégration de systèmes pour améliorer les soins de santé, nous apprenons des expériences vécues dans divers secteurs. Le changement du processus dans les programmes de soins de longue durée et de soins communautaires a stimulé la recherche pour adapter ces programmes aux programmes de soins des malades aigus.

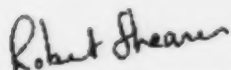
Un rapport précédent, intitulé *Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Improvement* (1993), a dégagé l'information disponible dans la documentation existante sur les initiatives, les réalisations et les stratégies de mise en application en matière de qualité. Bien que l'on choisisse souvent comme stratégie la mise en œuvre et l'adaptation des procédures existantes pour qu'elles respectent les besoins de chaque système, on propose et l'on met en pratique aussi de nouvelles informations et idées.

Le document original *Quest for Quality* explique dans les grandes lignes un certain nombre de points de consensus concernant la mise en application, au Canada, d'approches en matière de qualité. On a commencé par établir des systèmes de recherche et des systèmes nationaux; maintenant, on met l'accent sur les résultats découlant de ces initiatives. Le document intitulé *An Inventory of Quality Initiatives in*



*Canada: Toward a National Strategy for Quality and Effectiveness in Health Care* (1992) et la deuxième édition (1996) de cet ouvrage réunissent des renseignements sur les initiatives de gestion de la qualité réalisées à la grandeur du Canada qui ont servi à déterminer plusieurs orientations futures pour aider à formuler des stratégies nationales en matière de qualité et d'efficacité des soins de santé.

Cet ouvrage est donc une deuxième édition du document intitulé *Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Improvement*. On retrouve tout au long du document des présentations de méthodes pour aborder l'amélioration continue de la qualité, en plus d'exemples d'initiatives et d'innovations canadiennes qui ont résulté en des améliorations, ainsi que des idées pour s'élever contre les pratiques actuelles. Nous espérons que ce document constituera une ressource utile pour encourager et appuyer les initiatives en matière de qualité et que l'amélioration continue de la qualité sera reconnue comme une « meilleure pratique » en elle-même et fera partie intégrante de notre système de soins de santé.



---

Robert Shearer  
Directeur  
Division des systèmes de santé  
Direction générale de la promotion et des programmes de santé  
Santé Canada



## PRÉFACE

Cette deuxième édition est, dans une grande mesure, un nouveau livre. Presque toutes les parties de la première édition ont été révisées de façon significative.

L'équipe consultative a fourni l'orientation pour la deuxième édition. Ses membres ont révisé le manuscrit en entier ou en partie; leurs réponses lucides et rigoureuses m'ont souvent fait refondre les éléments de ce projet. Ayant reconnu toute cette bonne orientation et ces conseils, j'accepte l'entière responsabilité de toute carence. Je tiens à remercier particulièrement Judith Arnott pour son travail d'édition électronique, ainsi que Dorothy Bell pour son soutien par son travail de secrétariat.

Cette édition comprend de nouvelles sections sur les systèmes, les organisations intelligentes, la culture, les indicateurs et l'évaluation. Elle conserve beaucoup de matériel clé et vise à garder un format convivial. Le document intitulé *Quest for Quality* contient des références courantes, une vaste bibliographie ainsi que des exemples d'initiatives en matière de qualité provenant de tous les coins du pays. Les efforts déployés en matière d'amélioration de la qualité se retrouvent dans tous les domaines des soins de santé, et le document tente d'illustrer ce point.

Les thèmes d'amélioration continue de la qualité sont nombreux : le leadership, l'engagement, les partenariats, la formation d'un esprit d'équipe ainsi que les principes fondamentaux au centre de l'analyse du processus et la concentration sur le client dans un milieu d'amélioration continue. L'intégration de ces thèmes et l'harmonisation du système avec ces thèmes constituent des éléments essentiels au sein d'une « organisation intelligente ».

Ce document présente les grandes lignes de l'amélioration continue de la qualité appliquée aux organisations de soins de santé. Il met l'accent sur le fait que l'ACQ demande d'importantes modifications sur les plans personnel et organisationnel et à l'étendue du réseau qui obligent les dirigeants à acquérir de nouvelles compétences. Une fois maîtrisés, ces outils et ces méthodes peuvent, par le travail d'équipe et la collaboration, être appliqués à toute l'organisation.

*Si nous parlions une langue autre que l'anglais, un seul mot servirait peut-être à relier les trois facettes suivantes de notre quête : amélioration, changement et apprentissage [sic]. Du point de vue des systèmes, ils sont profondément unis. [traduction]*

— Berwick, 1996

### *Vision*

Comme outil de facilitation, ce document peut servir de catalyseur pour améliorer la qualité des services de soins de santé au Canada. Les principes d'ACQ décrits dans ce rapport peuvent être appliqués aux organisations dans les nombreux environnements de soins de santé. Une réforme efficace des soins de santé laisse prévoir des changements coopératifs dans tout le système de soins de santé.

### SYMBOLES



Les symboles ont, au fil des siècles, servi à représenter des valeurs et des principes importants. Des signes visuels peuvent exemplifier, perpétuer et intégrer les concepts clés d'une vision. En outre, les symboles aident à établir une scène, une approche, un milieu ou une culture. Les symboles que l'on retrouve dans ce document ont été adroitement utilisés dans des ateliers d'ACQ au cours des quatre dernières années.

Cet élément visuel intègre les concepts clés suivants :

- ◆ Le centre du symbole représente le *client* (le malade, le bénéficiaire ou le résident).
- ◆ Les morceaux qui l'entourent, comme les pièces d'un casse-tête, représentent les domaines de *connaissances et de compétences* qui sont importants pour une pratique axée sur le client. Ces morceaux comprennent le *leadership*, les *équipes* et les *outils*, la *pratique fondée sur la recherche* et la *question morale*.
- ◆ Le cadre de la maison symbolise la *culture* d'une organisation.
- ◆ Les maisons superposées symbolisent la *collaboration* et le *partenariat*, qui sont essentiels à l'intérieur des organisations, des régions et de tout le système de soins de santé.

Les symboles visuels originaux étaient de grandes peintures conçues par Laurie Duke et l'infographie a été préparée par Cathy Couper.

**Buts**

Ce document vise les buts suivants :

- ♦ Favoriser et fournir une compréhension des principes élémentaires d'ACQ applicables aux soins de santé.
- ♦ Fournir aux professionnels de la santé une appréciation de la façon dont l'application de l'amélioration de la qualité peut répondre aux besoins des organisations et, en particulier, de ceux qui travaillent avec eux et de tous ceux qu'ils servent.
- ♦ Fournir un cadre général soulignant les domaines d'élaboration clés pour la mise en application de l'ACQ dans le système canadien de soins de santé.
- ♦ Fournir un véhicule de prise de décision éclairée dans la mise en application d'une stratégie d'ACQ dans tous les secteurs des soins de santé.
- ♦ Fournir une vaste bibliographie qui couvre les principales questions concernant l'ACQ.
- ♦ Fournir des renseignements courants au sujet des indicateurs et de l'évaluation.
- ♦ Encourager la formation de réseaux, la collaboration et le partage des nouveaux développements dans tout le pays.

L'introduction met l'accent sur les valeurs de la population canadienne qui constituent le fondement des soins de santé canadiens.

MaryLou Harrigan  
Auteure et éditrice  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
Novembre 1999

## REMERCIEMENTS

### ÉQUIPE DE CONSULTATION

L'équipe de consultation en matière de qualité se composait des membres suivants :

**G. Ross Baker**

Professeur agrégé  
Département d'administration de la santé  
Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

**Joseph Diamond**

Analyste principal  
Division de systèmes de santé  
Direction générale de la promotion et des programmes de santé  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)

**Philip C. Hassen**

Président et directeur général  
Providence Health Care  
Vancouver (Colombie-Britannique)

**Elma Heidemann**

Directrice générale  
Conseil canadien d'agrément des services de santé  
Ottawa (Ontario)

**Janet Helmer**

Directrice des normes  
Infirmières de l'Ordre de  
Victoria du Canada  
Ottawa (Ontario)

**Anu MacIntosh**

Directrice de la gestion de la qualité  
Hospital for Sick Children  
Toronto (Ontario)

**Cliff Nordal**

Président et directeur général  
St. Joseph's Health Centre  
London (Ontario)

**Donald P. Schurman**

Partenaire  
TurnKey Management  
Consulting  
Edmonton (Alberta)

**Joanne Watson**

Coordonnatrice de la gestion de la qualité  
Haliburton, Northumberland  
and Victoria Access Centre  
Lindsay (Ontario)

# INTRODUCTION



1re PARTIE





## *Vue d'ensemble*

*Cette section souligne d'abord les valeurs qu'attache la population canadienne aux soins de santé, valeurs établies lors du forum national sur la santé. Elle souligne ensuite le climat de changement dans les soins de santé, en particulier la tendance vers les soins extrahospitaliers et l'importance accrue accordée à la promotion de la santé et à la santé de la population. Cette section présente enfin la mise en application de l'amélioration continue de la qualité axée sur la structure, les processus et les résultats comme une stratégie efficace pour améliorer la prestation et la qualité des soins de santé.*



## DÉFIS

*La preuve recueillie à ce jour nous confirme que si nous ne faisons que réduire le statu quo, au lieu de remanier fondamentalement le système de prestation, nous détruirions la qualité et, en fin de compte, l'accessibilité aux services de soins de santé dont la population canadienne a besoin et qu'elle souhaite. [Traduction]*

— Verlaan-Cole, 1996

Le gouvernement fédéral a mis sur pied un forum national sur la santé en vue « de faire participer et d'informer la population canadienne ainsi que de conseiller le gouvernement fédéral sur les façons d'améliorer de manière novatrice les systèmes de santé et la santé de la population canadienne » (Forum national sur la santé, 1997). Le forum s'est concentré sur les problèmes systémiques et à long terme et a examiné les quatre domaines suivants :

- les valeurs;
- l'atteinte d'un équilibre entre les soins actifs et les soins de longue durée, les soins de santé communautaire ainsi que la prévention et la promotion de la santé;
- les déterminants de santé;
- la prise de décisions fondées sur des données approuvées.

Le forum a exploré les valeurs centrales de la population canadienne à l'égard du système de soins de santé au moyen d'une recherche originale sur l'opinion publique, de groupes de discussion, d'une recherche quantifiable et d'une étude des expériences canadienne et internationale. Les membres du forum sont arrivés aux conclusions suivantes :

- ♦ « L'approche canadienne de la prestation des services de santé continue de recevoir un appui de taille et empreint d'un vif intérêt. Le grand public ne souhaite pas vivre des changements importants pouvant altérer les principes fondamentaux de notre système de santé administré publiquement. Les gens accordent énormément d'importance aux valeurs d'équité et d'égalité et ne veulent pas d'un système de santé dans lequel le riche et le pauvre seraient traités

différemment. Le forum appuie cette opinion et ne soutient que les modifications nécessaires à notre système de santé qui préserveront l'essence du régime d'assurances de soins médicaux – couverture universelle d'une gamme complète de services de soins de santé administrés publiquement, fondée sur le besoin, sans barrière financière et transférable partout dans le pays. » [Traduction]

- ♦ « L'une des principales priorités est l'égalité d'accès, bien que d'autres priorités en concurrence aient surgi au cours des discussions. Les valeurs canadiennes sont comprises dans cette égalité – chaque malade obtient des soins relativement égaux et personne ne doit se ruiner pour payer ses frais hospitaliers ou médicaux. C'est l'élément caractéristique qui nous distingue surtout du modèle américain, qui constitue le point de comparaison. » [Traduction]
- ♦ L'une des façons dont l'égalité d'accès aux soins de santé diffère du « système de marchés » découle de la perception que le meilleur état de santé possible constitue un élément fondamental de la qualité de vie à laquelle la population canadienne s'attend.
- ♦ L'égalité d'accès aux soins de santé est aussi perçue comme essentielle à la possibilité d'agir. Être en santé donne une chance de réussite équitable et égale.
- ♦ Plusieurs personnes ont vu le système de santé comme un sage investissement de la part du Canada – un investissement qui fournit certains avantages économiques et qui rend la société plus stable.
- ♦ La très grande majorité des participants ont déclaré que le régime d'assurances de soins médicaux était et demeure une partie essentielle de notre identité nationale.

---

*Notre système de soins de santé nous définit comme des collectivités, comme une société et comme une nation. Ce dont nous, les Canadiens et les Canadiennes, sommes prêts à faire et, surtout, ce dont nous ne sommes pas prêts à faire pour les autres lorsque nous sommes malades, vulnérables et le plus dans le besoin, en dit beaucoup sur le Canada, sur nos valeurs de base et sur les valeurs que nous voulons transmettre aux générations canadiennes à venir.*  
[Traduction]

Margaret Somerville, LL.B.

Directrice-fondatrice, Centre de médecine, d'éthique et de droit de  
l'Université McGill

Université McGill, Montréal (Québec)

---

Les bases canadiennes du système de soins de santé sont fondées sur les faits que le gouvernement devrait gérer le système sans faire de profit, que la facture ne devrait pas être la principale considération et que chacun devrait est admissible — selon sa citoyenneté — à un accès égal à des soins de qualité. Cette approche canadienne est, pour la plupart des gens, le symbole d'un engagement à la compassion, à chances égales, à un sens collectif et à un but commun.

Les gens comprennent que le système de soins de santé canadien est menacé par l'augmentation constante des frais et l'incapacité des finances gouvernementales d'absorber ces frais.

Le grand public s'attend à ce que cette réforme produise un programme conforme au programme en place : un programme de grande qualité fondé sur le principe que les soins de santé doivent être accessibles à tous ceux qui en ont besoin, et ce, à prix abordable. Les gens aiment la façon dont il fonctionne, la sécurité et la paix d'esprit qu'il procure. Ils aiment ce qu'ont dit des Canadiens comme peuple.

Les gens veulent s'assurer que le système de soins de santé canadien offre non seulement l'égalité d'accès, mais aussi la qualité des soins. On a cependant aussi l'impression qu'il y a conflit entre ces deux piliers du système de santé et que, pour recevoir davantage de l'un il faut renoncer à une partie de l'autre. « Les membres du forum croient que ce conflit n'est pas fondé et que l'égalité d'accès et la qualité des soins sont non seulement possibles, mais facilement réalisables à l'intérieur de notre système de santé. » [Traduction]

Au lieu d'être orienté sur l'aspect utilitaire ou libertarien comme d'autres systèmes de soins de santé, le système de soins de santé canadien se distingue par le fondement moral communautaire qui l'imprègne. Bien que ce système puisse quelquefois sembler plus dispendieux, peu importe les contraintes fiscales, il est reconnu que le fondement moral doit inclure la qualité des soins. La justice distributive doit être appliquée en tenant compte des ressources disponibles pour les soins de santé et, en particulier, leur allocation en période de pénurie.

---

*Avant de commencer à parler de fondement moral, il faut se demander « Dans quelle sorte de monde est-ce que je souhaite vivre? » Si nous recherchons un environnement dans lequel règne le respect des autres, l'honnêteté, la compassion... nous avons déjà établi le contexte de notre discussion. Ces valeurs nous servant de guide, nous pensons maintenant à la façon d'assurer qu'elles perpétuent en raison de nos interventions. Enfin, il s'agit bien sûr d'une question de courage – comment agir lorsque je sais quoi faire, mais quand je sais aussi qu'il me sera très difficile de le faire. [Traduction]*

Abbyann Lynch, C.M., Ph.D.  
Directrice, Ethics in Healthcare Associates  
Toronto (Ontario)

---

## RÉFORME DE LA SANTÉ

La documentation sur la gestion nous apprend que le seul fait de réaliser des changements structurels ne mène pas à l'élaboration d'un système de prestation de services efficace et intégré.

Les changements structurels doivent s'appuyer sur :

- des changements dans les rôles et dans les relations des dispensateurs de soins;
- des changements d'attitudes et de connaissances;
- des changements dans la manière d'attribuer les ressources.

### *Climat de changement*

Les changements dans les soins de santé et le système de santé au Canada se produisent rapidement. Ces changements affectent non seulement la nature des services de santé mêmes, mais aussi la façon dont ces services sont fournis. De nouvelles techniques surgissent quotidiennement et élargissent constamment les choix disponibles aux dispensateurs et aux consommateurs de soins de santé. Les dispensateurs de soins deviennent de plus en plus spécialisés dans leur domaine et dans leur façon de faire, et le financement est, certes, de plus en plus menacé par les besoins compétitifs de la société. Dans tout cela, les consommateurs de soins de santé continuent de s'attendre à des soins de qualité sans augmentation de l'enveloppe fiscale qui finance ces soins. Tous les intéressés au système de santé, qu'ils soient consommateurs, dispensateurs ou bailleurs de fonds, se demandent si nous faisons les bons choix, de la bonne façon, au bon moment, dans l'environnement approprié et avec les bons résultats.

### *Une tendance vers les soins extrahospitaliers*

L'équilibre dans le secteur des soins de santé s'est récemment déplacé vers les soins extrahospitaliers. Cet équilibre a pris trois formes principales :

- une augmentation des soins à domicile et d'autres services communautaires et une réduction de l'utilisation des services médicaux aux malades hospitalisés en faveur de services de jour ou aux malades externes;
- la réduction ou l'élimination de lits de soins infirmiers mineurs en faveur de soins à domicile et d'habitation collective;
- un accent sur les services de « bien-être » comme la prévention et la promotion de la santé (Forum national, 1997).

L'expansion des soins à domicile, surtout aux endroits où ils sont pleinement intégrés à d'autres parties du système de santé, a réduit de



façon importante le besoin d'admettre les malades dans des installations de soins de longue durée. Il ne faut pas tenir compte uniquement des frais pour garder une personne à domicile plutôt qu'en institution, mais à l'incidence sur les dispensateurs de soins dans la famille, tant sur le plan financier que sur le plan non financier. Bien qu'il existe certains outils d'évaluation, aucun indicateur n'a été élaboré pour déterminer la limite de saturation des soins communautaires et des soins fournis par les membres de la famille du malade (Forum national, 1997).

*Sans l'assurance que les soins nécessaires aux malades seront disponibles lorsqu'ils sont requis, il y aura peu d'enthousiasme pour les interventions les plus efficaces en matière de promotion et de prévention de la santé.*

— Forum national sur la santé, 1997 [traduction]

À l'égard de la promotion et de la prévention de la santé, le forum national a précisé ce qui suit : « Nous arrivons à deux conclusions principales sur ces points. D'abord, les critères d'évaluation et de responsabilité doivent convenir aux programmes et aux services en question. Cela signifie que, par exemple, les programmes de promotion de la santé devraient faire l'objet de la même étude minutieuse et rigoureuse que les programmes de soins aux malades. Il faut structurer les buts de ces programmes et reconnaître la complexité de la relation entre les dépenses, les services et les résultats. En outre, il faut reconnaître que les programmes de prévention et de promotion de la santé n'affectent pas également tous les segments de la population. » [Traduction]

### Questions clés

Parmi les questions clés présentes et futures et les défis, mentionnons :

- les structures de responsabilité;
- l'allocation rationalisée des ressources;
- la coordination accrue avec les autres domaines de décision politiques (secteurs sociaux);
- le déplacement des soins de santé intrahospitaliers vers les soins communautaires (avant d'établir une base communautaire satisfaisante);
- l'amélioration du partage d'information entre les organismes;
- le potentiel de conflit entre l'expérience clinique et les valeurs;
- l'examen continu des déterminants de santé généraux;
- la médecine complémentaire ou parallèle.



---

*Selon l'entente intitulée « L'union sociale », signée en février 1999, tous les premiers ministres (sauf celui du Québec) ont affirmé leur engagement envers les principes du régime d'assurance des soins médicaux et se sont engagés à respecter les principes du régime d'assurance de soins médicaux et ont reconnu l'importance de leur responsabilité envers la population canadienne en ce qui a trait au système de soins de santé en évaluant le rendement du système et la santé de la population canadienne.*  
[Traduction]

Santé Canada

---

### CADRE STRATÉGIQUE

Le groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre recommande que la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé structure, pour le XXI<sup>e</sup> siècle, un cadre stratégique national sur la santé établissant clairement que la mission de première importance du secteur de la santé est avant tout de prévenir et de traiter les maladies selon les principes fondamentaux du régime d'assurance de soins médicaux et, en second lieu, de collaborer avec les responsables des autres secteurs à l'élaboration d'interventions en matière de santé de la population les plus aptes à améliorer la santé des Canadiens. [Traduction]

— Forum national sur la santé, 1997

### ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE

L'origine grecque du mot « politique » établit un lien entre la citoyenneté, le gouvernement, la politique, le citoyen et la ville. Le concept de la politique résulte originellement des relations entre les citoyens dans un endroit public commun.

Les politiques ont toujours une dimension morale irréductible dans la mesure où elles comportent une décision sur la façon d'agir envers les autres personnes touchées, mais qui ne participent pas directement à la décision sur la manière de régler un problème connu. Les politiques sont une ligne de conduite ou un guide d'action. Elles constituent aussi une sorte de méthode publique de délibération à laquelle divers acteurs participent. Parler de politiques est aussi parler à la fois d'un processus sociopolitique et des résultats qui découlent de ce processus, lesquels servent ensuite à guider ou à réglementer d'autres processus ou méthodes. Les politiques englobent donc les moyens et les fins. Elles se réalisent en présence d'une sagesse prudente et pratique.

Si la politique sur la santé est vue comme ayant une dimension morale implicite, il faut regarder les responsables de l'élaboration des politiques comme des agents devant prendre ou former des choix moraux au nom d'une société plus étendue. [Traduction]

(Adapté de Malone, 1999)

# QUALITÉ ET AMÉLIORATION

## CONTINUE DE LA QUALITÉ (ACQ)

---

*Si la population canadienne souhaite la survie de son système de soins de santé, ce dernier doit être géré de façon différente. L'amélioration continue de la qualité est une philosophie de gestion offrant la promesse de sauver notre système par la réduction des pratiques inefficaces et d'une variation contre-indiquée, établies par les professionnels de la santé et le personnel de soutien. L'étincelle et la direction nécessaires pour la mise en application de l'amélioration continue de la qualité doivent venir des médecins, des infirmières et des administrateurs de la santé, lesquels auront la responsabilité d'ouvrir la voie, de créer la culture et de fournir une vision de l'avenir souhaité. [Traduction]*

R.H. Wensel, M.D., FRCP(C)  
Consultant en soins de santé  
Edmonton (Alberta)

---

Dans ce climat de changement, la qualité et la valeur de l'argent dépensée pour les soins de santé sont devenues le principal point clé. Le concept d'amélioration continue de la qualité (ACQ) est certes l'un des avancements les plus captivants et les plus profonds de la gestion canadienne de la qualité des soins. L'amélioration continue de la qualité est une approche de la qualité qui a pris naissance dans l'industrie et qui a reçu une attention accrue de la part du système de soins de santé. L'ACQ est une philosophie et un système de gestion auxquels participent les cadres, le personnel et les professionnels de la santé afin d'améliorer de façon continue les processus de travail pour obtenir de meilleurs résultats en matière de soins aux malades, aux bénéficiaires et aux résidents. Elle comprend l'application de méthodes statistiques et d'outils de processus de groupe pour réduire les pertes, les doublages et la complexité inutile du travail. L'ACQ vise à respecter ou à excéder constamment les besoins des malades, des familles, du personnel, des professionnels de la santé et de la collectivité.

*Les nouvelles directions dans la prestation des soins de santé forcent le secteur des soins de santé à revoir sa façon d'évaluer la qualité, à considérer la manière d'utiliser, en fin de compte, l'information sur la qualité des soins fournis et à remettre en question les notions existantes sur les définitions de la qualité.*

[Traduction]

— Harrigan, 1992

Le concept d'ACQ a été avancé comme une stratégie efficace pour améliorer la qualité. La qualité de la gestion des soins de santé est un défi important dont il faut tenir compte du point de vue stratégique et inclut des dimensions comme la vision organisationnelle, les valeurs, l'attitude, la planification de politiques, le leadership et la poursuite de l'excellence par l'amélioration continue. Il est, par conséquent, crucial que les dispensateurs de soins de santé et les bailleurs de fonds comprennent et mettent en application cette dimension plus large de la qualité.

L'amélioration de la qualité est une méthode de gestion visant à perfectionner l'organisation à l'aide de nouveaux outils afin que, de façon ordonnée et planifiée, « *chaque personne de chaque niveau puisse jouer un rôle actif dans la compréhension des problèmes et des processus de travail sous-jacents, recueillir et analyser les données de ces processus, élaborer et mettre à l'essai des hypothèses sur les causes des brèches et concevoir, mettre en application et mettre à l'essai les remèdes qui s'imposent* » (Berwick et coll., 1990). [Traduction]

La qualité est un concept multidimensionnel que l'on peut définir de plusieurs façons pour respecter les buts et les normes précisés. Pour cette raison, il est important, en définissant la qualité, de clarifier les intentions et les perspectives visées.

### *Structure, processus, résultats*

La structure, le processus et les résultats sont des facteurs élémentaires pour évaluer la qualité des soins. La plupart des évaluations précédentes se sont concentrées sur la structure. On reconnaît aujourd'hui le besoin de mieux évaluer les résultats et la recherche d'une mesure des résultats reçoit présentement plus d'attention; il est cependant aussi reconnu que l'établissement d'une évaluation crédible et acceptable des résultats s'avérera une tâche de longue haleine et accaparera beaucoup de ressources. Alors que la recherche d'une mesure des résultats se poursuit, plusieurs intéressés par le système de soins de santé se sont tournés vers

l'examen des processus utilisés dans les soins de santé en croyant que l'amélioration du processus rehaussera la qualité et l'efficacité des soins.

En général, la qualité reflète la mesure dans laquelle les services de santé respectent les buts fixés et les critères de la norme admise en ce qui a trait aux bons soins et services de santé. La qualité des soins de santé est jugée selon trois critères d'importance, soit la structure, le processus et les résultats. La structure englobe les ressources nécessaires pour effectuer la tâche (p. ex., les ressources pour fournir les soins, les ressources physiques, les installations, l'organisation, les normes, les politiques). Le processus est l'ensemble des gestes posés pour effectuer la tâche (apports-tâches-résultats, c'est-à-dire les soins eux-mêmes). Les résultats sont ce qui en découle (p. ex., des soins efficaces, la satisfaction du malade, l'utilisation efficace des ressources).

### *Perspectives*

La qualité des soins de santé peut se refléter à travers les perspectives des différentes parties concernées : le malade (client, résident), le dispensateur de soins, le bailleur de fonds et la société. La qualité, selon la perspective des malades, se définit en fonction de leurs besoins et de leurs attentes en matière de soins et de services. Pour les dispensateurs de soins, la qualité comprend l'efficacité clinique en ce qui a trait à l'exactitude du diagnostic et à la pertinence et à l'efficacité du traitement et des soins fournis. La qualité, dans la perspective du système, concerne l'efficacité des services fournis et la rentabilité, la gestion et l'utilisation des ressources pour arriver aux résultats de santé escomptés. Enfin, pour la société, la qualité se mesure souvent en optimisation des ressources et en avantages pour la collectivité en général.

## LE POINT CLÉ DE L'ACQ

### Historique

Le concept et l'approche de l'ACQ ont été étudiés et encouragés par d'éminents chercheurs du secteur de la gestion de la qualité et des leaders de l'industrie (Deming, Juran et Crosby). L'approche totale de la gestion de la qualité a chambardé le monde industriel avec la recherche de « l'excellence » de la fabrication par l'entremise d'une plus grande productivité, de coûts moindres et d'un avantage concurrentiel. Deming est reconnu comme la principale force génératrice de l'essor du Japon, après la Seconde Guerre mondiale, vers l'excellence de la fabrication et comme un chef de file industriel à l'échelle mondiale. Les quatorze points de Deming (consulter l'annexe A) pour une gestion efficace de la qualité ont fourni le cadre d'élaboration. Les leçons apprises de la stratégie de Deming en matière de qualité s'appliquent à l'accession à l'excellence et à la qualité dans la gestion des soins de santé.

*Les concepts modernes d'AQ ont leurs racines dans les mesures statistiques de contrôle du processus élaborées par Walter Shewhart dans les laboratoires de Bell Telephone dans les années 1920. Le mariage de ces techniques avec la philosophie de gestion générale de W. Edwards Deming, de Joseph Juran et d'autres chercheurs a produit un mouvement vers la qualité.. Bien qu'arrivés plus tard dans les soins de santé que dans les autres domaines, les concepts d'AQ se sont rapidement étendus grâce aux efforts, en autres, de Berwick et de Batalden. [Traduction]*

— Solberg et coll., 1997

Le point central de l'ACQ, exprimé dans ses termes les plus simples, s'applique :

- ♦ aux processus des soins de santé et de prestation des soins;
- ♦ aux clients servis;
- ♦ au contrôle continu de la qualité avec l'intention d'améliorer;
- ♦ à une direction engagée et nécessaire pour arriver au but;
- ♦ à l'éducation;
- ♦ à un engagement à long terme.





### LES PROCESSUS DES SOINS DE SANTÉ

Q L'examen du processus est au cœur de l'ACQ. Il est reconnu que presque tout ce qui se fait dans le domaine des soins de santé implique plusieurs personnes et différentes disciplines, et les processus traversent les limites traditionnelles des départements et des services. Les processus peuvent être très complexes; il importe de faire montre d'une grande attention pour déterminer exactement ce que comporte un processus particulier.

*Il résulte de la complexité du processus beaucoup de gaspillage et de remaniement du travail.*

*Certaines études concluent que le montant du gaspillage et du remaniement du travail peut s'élever à 25 ou à 30 p. 100 des coûts totaux de production.*

[Traduction]

— Berwick et coll., 1990

### LES CLIENTS SERVIS

Q L'ACQ se concentre sur les clients servis par un processus particulier et la façon d'améliorer le processus pour ses clients. Une partie intégrale de l'ACQ demande cependant l'identification des clients servis. Les parties intéressées par les soins de santé ne se sentent pas à l'aise avec le mot « client » en raison de sa connotation industrielle; cependant, le concept derrière le mot s'applique. À l'intérieur du système de soins de santé, les clients sont évidemment les malades servis. (Le mot « client » s'utilise dans la collectivité et le mot « résident » définit les malades que l'on retrouve dans les installations de soins à long terme.) Il existe aussi d'autres clients; les fournisseurs de services ont aussi d'autres fournisseurs de services comme clients et des fournisseurs internes pouvant servir des groupes à l'extérieur de l'organisation.

### CONTRÔLE CONTINU DE LA QUALITÉ

Q Après avoir identifié les clients, il est nécessaire de collaborer à l'évaluation de leurs attentes et de leurs besoins. Les diverses méthodes pour évaluer les besoins du client deviennent aussi un point central de l'ACQ. Enfin, il est nécessaire d'évaluer si les besoins et les attentes des clients sont respectés sur une base continue.

Le but consiste à réaliser des processus améliorés pour respecter les besoins et les attentes des clients. Tous ceux qui participent à la réalisation d'un processus particulier doivent aider à l'améliorer. La participation du personnel et des médecins est une composante clé pour améliorer les processus. L'ACQ est plus que l'amélioration d'un processus à un moment donné. Il s'agit plutôt d'un effort continu pour améliorer le processus de

façon permanente afin d'atteindre les résultats escomptés. Par conséquent, au cœur de l'ACQ se trouve la prémisse qu'il est toujours possible d'améliorer les soins et le service.

#### ENGAGEMENT DE LA DIRECTION

Q La mise en application de l'ACQ est une tâche à laquelle doivent participer tous les membres de l'organisation si l'on veut que les efforts réussissent. Il est essentiel d'élaborer une culture générale — une culture qui reconnaît la centralité de la gestion de la qualité en ce qui a trait à tous les aspects des activités de l'organisation et qui doit comprendre un engagement à exercer une amélioration constante et à allouer des ressources convenables.

#### ÉDUCATION ET APPRENTISSAGE

Q La mise en application d'une telle culture nécessite des dirigeants dévoués et informés pour encourager et appuyer l'amélioration continue de la qualité et voir à ce qu'elle fasse intrinsèquement partie de la philosophie organisationnelle. La participation de tout le personnel est primordiale. Il est prioritaire que tous ceux qui participent à la gestion de la qualité aient une éducation convenable. Des dirigeants efficaces peuvent faciliter ces efforts.

#### ENGAGEMENT À LONG TERME

Q Même en présence de toutes ces conditions préalables, la mise en application de l'ACQ est un processus complexe et de longue haleine; les résultats de l'exercice ne se matérialisent pas immédiatement. On laisse entendre souvent qu'une période de mise en application de cinq ans est réaliste; le délai d'exécution dépend cependant d'une variété de facteurs, y compris les besoins prioritaires à envisager, la stabilité organisationnelle, la disponibilité des ressources et les stratégies d'éducation efficaces.

---

*Dans les soins de santé communautaire, nous procédons à l'exploration des résultats de nouvelles approches de promotion de la santé, de développement communautaire et d'action sociale. La gestion de la qualité nous fournit la seule façon logique d'évaluer ces approches et de garantir que nous utilisons de façon maximale les ressources publiques. [Traduction]*

S. Arrojado  
 directeur général (de 1990 à 1997)  
 Association des centres de santé de l'Ontario

---



## LE POUVOIR DE L'ACQ EN MATIÈRE DE PLANIFICATION

Dans le contexte canadien des soins de santé, le pouvoir de l'ACQ en matière de planification, d'élaboration et d'évaluation des programmes n'a pas été complètement exploré ni utilisé. La mise en application de l'ACQ s'est principalement concentrée sur l'amélioration des processus de travail, l'amélioration de la qualité et la réduction des coûts des services existants. L'information engendrée par la mise en application des programmes de l'ACQ peut servir aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs lorsqu'ils considèrent le système de santé au macroniveau.

L'ACQ constitue une composante essentielle de la planification en ce qui concerne le souci du détail, le processus et les résultats. En outre, la forte concentration sur le client, inhérente à l'ACQ, assure que les utilisateurs des services et des programmes seront consultés sur tous les aspects de la planification. L'expérience d'établir un calendrier en exerçant l'ACQ pour planifier indique qu'elle produit des résultats dans les programmes relativement faciles à mettre en œuvre, qui se réalisent à l'intérieur des budgets et que l'on peut évaluer facilement. Bien que l'expérience soit limitée, l'ACQ pourrait en fait réduire, pour les équipes de projet, le besoin de résoudre les problèmes, car des mécanismes sont en place pour s'occuper des changements lorsqu'ils se présentent.

La plus grande contribution de l'ACQ en matière de planification est peut-être qu'elle crée un programme, lequel est fondé à partir du début sur l'exécution du meilleur travail pour produire des services de très haute qualité et de la façon la plus rentable. La qualité de la planification peut prévenir plusieurs problèmes au sein de l'organisation et ceux qui surviennent chez les clients quant à la dotation, la dépense en capital et l'intégration. L'ACQ procure de plus un cadre clair pour aider même les planificateurs relativement moins expérimentés à réussir à atteindre leurs objectifs. Les principes de l'ACQ dans la planification des soins de santé peuvent s'appliquer à l'amélioration du processus et des résultats d'un plan de trois à cinq ans. En utilisant les méthodes et les outils de l'ACQ, l'organisation et ses membres peuvent arriver à des améliorations excellentes et hautement concentrées.

L'Université McGill donne un exemple de planification et prévision à long terme ...

*Le Centre de santé de l'Université McGill (MUHC) a amorcé une planification exhaustive des services cliniques au cours de l'été 1996, suite à la réalisation d'une étude de faisabilité en 1994, visant à déterminer si cinq des hôpitaux affiliés à l'Université McGill pouvaient se fusionner, réorganiser leurs services et déménager dans un nouvel immeuble adapté aux besoins modernes.*

— Katravas, Major et al, 1999

### PALIER INTERNATIONAL ET NATIONAL

Une approche d'amélioration continue de la qualité a été utilisée avec succès aux paliers international et national dans des secteurs comme les soins de santé bucco-dentaire, la prévention des infections nosocomiales et la gestion du diabète.

*D'ici l'an 2000, chaque État membre devra posséder une structure et des processus visant à assurer une amélioration continue de la qualité des soins de santé en plus d'élaborer et d'utiliser convenablement les nouvelles techniques.*

[Traduction]

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe,  
document de travail : *Continuous Quality  
Development: A Proposed National Policy*,  
Copenhague, OMS, 1993.

## INITIATIVES CANADIENNES

---

Un répertoire des initiatives canadiennes en matière de qualité, *Conserver et améliorer la qualité des soins de santé* (1996), fournit ... un « coup d'œil » sur les initiatives en matière de qualité d'un bout à l'autre du Canada. [...] Le document met l'accent sur les progrès réalisés dans la gestion de la qualité, les lignes directrices pratiques, la mesure des résultats et la gestion de l'utilisation. On y examine les progrès réalisés en ce qui a trait à la collaboration en plus de fournir un aperçu de l'utilisation des systèmes d'information. [Traduction]

Santé Canada

---



Des exemples d'initiatives en matière d'amélioration de la qualité tirés des soins de malade aigu, des soins de longue durée et des organismes de soins communautaires au Canada parsèment ce document. Les annexes fournissent des renseignements et les noms de personnes-ressources pour es activités.

### *Formation continue*

Les initiatives des organisations canadiennes de santé mettront en valeur la préparation des travailleurs de la santé pour gérer l'environnement de l'ACQ et y participer de façon efficace. Plusieurs organisations professionnelles mettent en fait sur pied des programmes de formation continue en matière d'ACQ.

### *Un exemple*

L'Association médicale canadienne a organisé une série d'ateliers sur la gestion de la qualité à l'intention des médecins et autres professionnels de la santé. Ces ateliers ont été conçus particulièrement pour les gestionnaires cliniques principaux et se concentrent sur des outils pratiques de gestion de l'efficacité, de l'efficience, des risques et de

**l'utilisation.** Élaborés en collaboration avec les associations médicales provinciales et territoriales de même qu'avec le Conseil canadien des services de santé, ces efforts éducationnels confirment le fait que la qualité des soins est devenue la plus grande priorité des professionnels de la santé et des installations de soins de santé.

*Programmes de premier cycle*

Plusieurs écoles de médecine et d'autres professions ajoutent à leur programme de stages un enseignement et des projets en matière de qualité. On a proposé d'élargir ces domaines pour inclure l'enseignement au niveau du baccalauréat. Tous ces efforts auront, à plus long terme, un effet positif sur la participation à la gestion de la qualité.



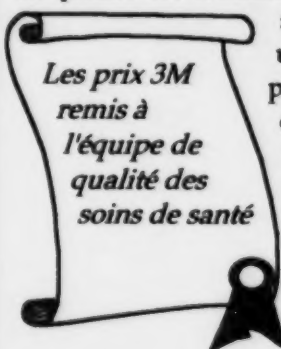
*Plans  
d'ACQ*

Des exemples d'initiatives sont présentées d'un bout à l'autre de ce document.

**Vous pouvez aussi trouver dans l'annexe B, plusieurs adresses Internet ayant un rapport particulier avec les questions liées à la qualité dans les soins de santé.**

## LES PRIX 3M REMIS À L'ÉQUIPE DE QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

La qualité est cruciale à la gestion et la prestation des services de santé canadiens. Des innovations montrant une preuve d'améliorations durables dans les programmes et services peut se réaliser à l'aide d'équipes. Le procédé d'amélioration des soins de santé dépend de la réussite de l'application des valeurs et approches de qualité aux systèmes et procédés de gestion.



Les équipes de qualité sont au cœur de cette amélioration et les Prix remis à l'équipe de qualité des soins de santé sont offerts par le Collège canadien des directeurs de services de santé et 3M Health Care pour encourager le procédé.

Les prix sont remis à l'équipe admissible dans chacune des catégories suivantes :

1. Fournisseurs de petits centres ruraux de services de santé
2. Fournisseurs de grands centres urbains/régionaux de services de santé

Examples of Quality Team Award winners and submissions are provided throughout this document. Executive Summaries of the Health Care Quality Team Initiatives, including the list of submissions from previous years, can be accessed online at <http://www.cchse.org>.



# PRINCIPES FONDAMENTAUX



2e PARTIE





## *Vue d'ensemble*

*Cette section traite de la conception de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) en matière de soins de santé.*

*Les composantes fondamentales de l'ACQ sont:*

- ◆ *une clientèle cible;*
- ◆ *des processus;*
- ◆ *une amélioration des systèmes.*

*L'orientation de l'organisation des soins de santé vers sa clientèle est fondamentale à la réussite de la mise en application de l'ACQ. Ce processus nécessite une compréhension de tous ses clients et un engagement à mesurer, à comprendre et à satisfaire les besoins du client.*

*Les processus de soins de santé sont complexes. Le processus de travail comprend plusieurs étapes et comporte diverses disciplines et différents départements.*

*Comprendre l'organisation comme un système est vital, tout comme posséder un modèle de changement et d'amélioration.*



## CONCEPTION DE L'ACQ POUR LES SOINS DE SANTÉ

---

*Une partie de la difficulté rencontrée dans l'adoption des concepts de gestion totale de la qualité en matière de soins de santé réside dans le fait que le langage de la qualité et du changement de paradigme a été développé dans un environnement commercial ou industriel. Dans le milieu des soins de santé, il faut traduire ces concepts dans la terminologie des soins de santé et réduire les jargonneries si l'on veut qu'ils soient crédibles aux yeux des professionnels de la santé.*

Philip Hassen  
Président-directeur général  
Providence Health Care, Vancouver (Colombie-Britannique)

---

L'application des principes d'amélioration continue de la qualité dans les organisations de soins de santé doit être conçue particulièrement pour eux. Il existe des différences dans la façon de former et de définir des relations avec la clientèle, d'élaborer des processus de fabrication et, pour le client ultime, de pouvoir évaluer les résultats (Wakefield et Wakefield, 1993). « *Les méthodes de mise en application ne peuvent tout simplement pas être transplantées de l'industrie ou copiées d'une autre organisation. Les professionnels de la santé ne perçoivent pas leurs processus de travail de la même façon qu'un processus de fabrication.* » (Hassen, 1993) [Traduction]. Contrairement aux machines, les malades ont d'importantes différences individuelles quant aux besoins de traitement et aux résultats de santé. Les résultats cliniques dans les soins de santé sont associés aux programmes de traitement adaptés aux besoins de malades particuliers ou à l'amélioration de la norme de soins des groupes de malades plutôt qu'à une application généralisée d'une procédure identique de traitement.

## CLIENTÈLE

---

*Il existe des équipes, des organisations et des dirigeants efficaces au service des autres. Et ceux qui fournissent les niveaux de service et de qualité les plus élevés obtiendront les meilleurs résultats. [Traduction]*

Jim Clemmer  
Président  
The Clemmer Group Inc., Kitchener (Ontario)

---

Les clients sont des personnes ou des organisations qui maintiennent une relation contribuant aux buts et aux objectifs (résultats) des soins de santé.

### RÔLE DU CLIENT

Le fondement pour réussir la mise en application de l'ACQ est l'orientation de l'organisation vers sa clientèle ou, plus précisément, la satisfaction des besoins de celle-ci. Une profonde compréhension des clients et de leurs besoins est essentielle à la création et au maintien des soins de qualité. La transition d'une organisation ou d'un dispensateur de soins vers une « concentration sur la satisfaction du client » demande un engagement continu de communication et d'écoute du client pour comprendre les résultats escomptés, ce qu'il faut faire et la façon de le faire. Elle demande une communication active et un partage de la prise de décisions avec les personnes servies.

Bien que les soins de santé soient principalement une industrie de service, le milieu des soins de santé est traditionnellement étranger au fait que les utilisateurs de services de soins de santé sont des *clients*. Il n'est souvent pas évident de nommer les personnes dont nous nous sommes engagés à prendre soin. Que nous souhaitions les appeler des malades, des résidents, des bénéficiaires ou des clients, le nom est moins important que le principe sous-jacent voulant qu'ils soient le point central du processus de prestation de services. Tenir compte de leurs besoins et leur fournir des soins convenables et en toute sécurité doit en fin de compte guider l'élaboration et la prestation des programmes et des services.

## DÉFINITION DU CLIENT

Berwick définit le client comme une « personne qui dépend de nous ». La définition de client dans l'environnement de l'ACQ excède la relation entre un malade et l'organisation ou le dispensateur de soins. Compte tenu de la croissance des soins à domicile et des services communautaires, les organismes de soins de santé et les professionnels de la santé (p. ex., les organisations de soins à domicile, les médecins, les hôpitaux) doivent former des partenariats pour fournir aux malades des services de soins de santé intégrés. Les partenariats encouragent le partage de la prise de décisions.

### *Clients internes et externes*

La documentation sur l'ACQ aborde le concept des clients internes et externes. Les clients internes se définissent généralement comme ceux avec qui vous travaillez dans votre milieu quotidien. Ce genre de clients peut être aussi bien des organisations que des personnes. Par exemple, dans les institutions de soins de santé, on compte, parmi les clients internes, le personnel, les gestionnaires, les professionnels de la santé, les conseils d'administration et les syndicats. Les clients externes comprennent les malades ou bénéficiaires ou résidents, les familles et les bénévoles, les organisations et toutes les autres personnes œuvrant à l'extérieur de l'installation des soins de santé, mais qui dépendent de sa fonction ou y contribue, comme les fournisseurs, les autres organismes de santé, les bailleurs de fonds et la collectivité. L'aspect crucial du concept du client interne et externe est que la création de soins de qualité s'avère un processus interactif faisant partie de plus grands systèmes (p. ex., le système de soins de santé, le commerce privé, le gouvernement, la collectivité) et qui est non restreint à un environnement sur lequel une personne peut exercer un contrôle direct.

### *Personnel - client*

La considération du personnel comme un client est un aspect important de l'ACQ et peut produire, au cours du développement des organisations, un changement radical dans la façon de travailler. Plusieurs organisations de soins de santé ont traditionnellement été organisées comme des bureaucraties et, par conséquent, la tâche de prendre soin des clients a été compartimentée entre les départements et les professions. Le pouvoir, l'autorité et la prise de décisions ont été concentrés aux échelons supérieurs de gestion et au personnel médical, lesquels ont conservé la responsabilité des résultats financiers et cliniques.

L'ACQ exige que tout le personnel partage la vision par rapport à la qualité et une compréhension des buts que vise l'organisation afin de travailler activement pour les atteindre. Par conséquent, l'ACQ ne peut réussir que dans les organisations où la culture reconnaît et accepte que le travail de chaque membre du personnel y ajoute de la valeur et contribue positivement au résultat général des soins de qualité. Cette situation demande une interdépendance des membres du personnel, contrairement à une position hiérarchique, un statut professionnel ou une affiliation à un département ou à un programme. Elle demande aussi un changement dans la façon dont les syndicats perçoivent leur rôle et, encore plus important, dans la façon dont les syndicats et la gestion interagissent. Dans le contexte de l'ACQ, le fait que les membres du personnel soient des « clients » pour les gens avec qui ils travaillent fera en sorte qu'ils profiteront d'une meilleure qualité de vie en milieu de travail et leur perception de la valeur de leur travail pour l'organisation devrait mettre en évidence la satisfaction du travail bien fait. Il est indispensable que les syndicats partagent et comprennent ce concept pour que les organisations travaillent efficacement à améliorer la qualité des soins. Réciproquement, les gestionnaires doivent respecter et comprendre les syndicats et leurs rôles.

### *Soutien du personnel*

Le personnel travaillant dans un environnement d'ACQ a besoin de soutien pour redéfinir son rôle de deux façons : premièrement, comme fournisseur de services aux autres clients internes (personnel, gestionnaires, professionnels de la santé) et aux clients externes (malades, résidents ou bénéficiaires); deuxièmement, comme bénéficiaire des services que les autres fournissent. Cela peut exiger de changer son point de vue sur le but des emplois, la façon dont les gens fonctionnent sur une base quotidienne et leur manière d'assumer leurs responsabilités envers les autres. Dans l'ACQ, l'effet des contributions positives des membres du personnel faites de façon particulière est cumulatif et, quand les besoins du client sont respectés, cela correspond à des soins de santé de qualité.



---

*Dans mon poste de directeur des services cliniques, je contribue en appuyant la pratique des infirmières dans 71 services d'un océan à l'autre durant la saison grippale de l'automne.*

*Le cycle de la vérification continue auprès de mes clients internes et de l'intégration de leurs réponses dans les révisions en cours du programme grippal met en valeur la qualité du service que je fournis aux services de même que la qualité du service que ceux-ci, à leur tour, fournissent à la population canadienne. [Traduction]*

Janis Leiterman  
Directrice des services cliniques  
Bureau national VON, Ottawa (Ontario)

---

Le besoin de rester en affaires et idéalement d'élargir sa part du marché a depuis longtemps incité l'entreprise privée à s'efforcer de respecter les attentes de la clientèle. Le secteur des soins de santé peut profiter de la richesse des connaissances et des expériences existantes; cependant, le manque de forces normales du marché et les limites de la répercussion des services de soins de santé sur l'état de santé nécessitent une compréhension unique du concept de satisfaction de la clientèle dans les soins de santé.

Dans le monde des affaires quotidiennes, la satisfaction du client peut se mesurer par la consommation. Si le produit respecte les attentes du client, il se vend en plus grand nombre. Le milieu des soins de santé est préoccupé du fait que ce même principe s'appliquera; il n'est cependant pas logique de croire que, si des personnes subissent avec succès une cardiologie, elles se mettront en ligne la semaine suivante pour en demander une autre.

L'ACQ n'exige pas que le système de soins de santé réponde à chaque caprice et demande du client. L'expérience des organisations qui ont investi énormément dans la compréhension et la satisfaction des clients indique clairement que les consommateurs de soins de santé souhaitent obtenir des services en toute sécurité, convenant à leurs besoins, offerts de façon jugée acceptable et réalisant les résultats escomptés. On ne peut justifier à ce jour la peur que l'augmentation de la qualité corresponde à l'accroissement des demandes de services par client individuel.

### *Culture axée sur la clientèle*

La création d'une organisation axée sur la clientèle fait partie intégrante du processus général de l'ACQ et demande un engagement continu et sincère pour mesurer, comprendre et respecter les attentes de la clientèle. Comme dans toute réorientation ou réadaptation d'une organisation, s'adapter au fait de faire de la clientèle le centre d'attention implique des changements à la philosophie et à la culture de l'organisation, la compréhension partagée des activités de l'organisation et les processus utilisés pour accomplir le travail de l'organisation.

### **ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE**

L'engagement de l'organisation à maximiser le potentiel et à renforcer l'autonomie du personnel se produit lorsque les organisations et les personnes qui y travaillent acquièrent une appréciation de la valeur du travail que chaque employé effectue pour les clients. Cela demande un important changement des relations quotidiennes au sein de l'organisation. Par exemple, le rôle du gestionnaire passe d'une fonction principale de contrôle et de direction des employés à une fonction de facilitation, d'éducation, de coordination et de reconnaissance. Les relations entre les professionnels de la santé et les gens qui travaillent avec eux sont transformées, passant d'une approche multidisciplinaire à une approche interdisciplinaire.

Les objectifs ambitieux du système de soins de santé consistent à faire le meilleur usage des ressources rares, à coordonner les soins, à éviter les dédoublements et à éliminer les écarts dans les services. La compétition et la territorialité entre les organisations et les dispensateurs de soins de santé ont fréquemment dissuadé les efforts de coopération et de collaboration. L'ACQ place les besoins et les attentes du client au-dessus de ceux de l'organisation et facilite l'orientation des changements systémiques vers une plus grande collaboration et une meilleure utilité des ressources disponibles dans le système de soins de santé.



## GAMME DE CLIENTS DE DIFFÉRENTS MILIEUX

### *À travers le continuum*

Assurer que les « besoins du client » sont compris et respectés peut se faire à travers le continuum des soins de santé — des centres de santé communautaire aux hôpitaux et aux organisations de soins de longue durée, dont voici certains exemples.

### *Centres de santé communautaire*

La participation des clients ou bénéficiaires à tous les aspects des opérations est un principe fondamental sous-jacent aux centres de santé communautaire de l'Ontario. La reddition de comptes entre les clients et l'organisation se réalise souvent par la présence d'un client membre au sein des conseils d'administration, des comités et des groupes consultatifs. Par exemple, lorsqu'une clinique de consultation sans rendez-vous pour sans-abri et bénéficiaires souffrant de troubles psychiques a été financée, des clients de ces deux groupes ont participé activement à la planification et à l'évaluation du programme. De plus, on a défini les membres du personnel des organismes œuvrant avec ces clients comme des clients et ils ont également participé.

### *Soins de longue durée*

Une étude détaillée a été réalisée dans six centres de soins de santé gérés directement dans la région de Simon Fraser, en Colombie-Britannique. Dans cette étude, on cherche à continuer de se concentrer

### DANS LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

*... un réel « déplacement de paradigme » dans les services de santé mentale. Nous ne travaillons pas seulement à de nouvelles initiatives, nous nous concentrons aussi sur les résultats, permettant un déplacement des services pour respecter des initiatives générales au nom des clients. En vue d'obtenir l'agrément, la concentration sur la réforme de la santé mentale consiste à se pencher sur la qualité de vie de chaque personne; ce point s'est déplacé vers une prestation des services dirigée vers une plus grande participation des consommateurs. Il y a en même temps un déplacement des services intrahospitaliers vers les services extrahospitaliers et un besoin de collaboration, de partenariats, de service au consommateur et de satisfaction du consommateur.*

— Keller, 1997

totalement sur le client comme le faisait l'ancienne Pacific Health Care Society [centres de soins de santé de Queen's Park et de Fellburn] (Harrigan, 1995). Un sondage auquel ont participé des résidents, les membres de leur famille, le personnel et des représentants de la collectivité comme des médecins, des bénévoles et des éducateurs a permis de recueillir des commentaires au sujet de la qualité des soins, des services et de l'environnement. L'un des buts que visait ce sondage sur l'évaluation de la satisfaction des soins en établissement est l'élaboration d'un questionnaire de référence normalisé interne et externe. (Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.)

### *Hôpitaux*

Au centre de santé St. Joseph's de London (Ontario), l'équipe d'amélioration de la qualité du département de radiologie a tenu compte des besoins de sa « clientèle ». L'établissement d'un dialogue entre les médecins traitants et les malades utilisant leurs services a permis à l'équipe de déterminer les domaines présentant des obstacles à la prestation des services de soutien nécessaires de première qualité.



L'étape initiale s'est avérée difficile, car elle comprenait un changement de paradigme, passant d'un service concentré sur le dispensateur de soins à un service concentré sur le client. Ce changement a alors permis à l'équipe d'examiner de façon éclairée les besoins des clients et les défis associés au respect de ces besoins. Les

membres de l'équipe ont étudié les lacunes de leur service, équilibré les besoins des clients avec leur capacité de respecter ces besoins de façon dynamique et efficace et ont mis les changements en application pour en arriver au résultat escompté.

L'équipe s'est initialement concentrée sur quatre domaines : les films perdus, les rapports en retard, les réservations prioritaires et le temps d'attente des malades.

Les membres de l'équipe ont remarqué que le personnel des autres secteurs de l'hôpital avait de la difficulté à retourner les films dont il n'avait plus besoin au département de radiologie. L'équipe de radiologie a alors conçu un processus de *collecte quotidienne des films* à laquelle elle a joint la *livraison des rapports* dont les médecins ont besoin, et ce, en temps plus opportun.

L'équipe a aussi observé que les malades accompagnés éprouvaient de l'anxiété lorsqu'ils devaient affronter de longs délais *pour obtenir un rendez-vous*. Les membres de l'équipe ont donc mis en application des *mécanismes cliniques* visant à minimiser ces délais concernant les études hautement prioritaires et ont instauré un système de triage pour traiter les demandes urgentes d'échographie mammaire et de biopsies du sein associées.

L'équipe a en outre constaté un changement radical dans le rôle du radiologiste. Ce dernier effectuait beaucoup plus d'examens d'intervention, ce qui occasionnait un plus long délai chez les autres malades en attente d'une injection de contraste. Les membres de l'équipe ont donc conçu un *programme de certification* à l'intention des technologistes accrédités pour améliorer, dans les limites de leur sphère de compétence, leur habileté à injecter le contraste et *minimiser le temps d'attente des malades*.

L'amélioration de la qualité n'était pas seulement un concept ou une philosophie, mais elle faisait aussi partie intégrante des travaux des membres de cette équipe et constituait un élément catalyseur fondamental dans la réalisation de la vision du département et de l'organisation. (Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.)

## CONCENTRATION SUR LA CLIENTÈLE

### RÉSULTATS DE LA MESURE DES INDICATEURS

Au bureau des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON) de Toronto, on s'est concentré sur la clientèle en utilisant une mesure d'indicateurs.

#### SONDAGE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE

Les données recueillies dans un sondage réalisé auprès de la clientèle en 1997/1998 indiquent ce qui suit :

- Quinze pour cent (15 %) des clients ont rencontré plus de cinq infirmières.
- Douze pour cent (12 %) des clients ont pensé que le *nombre* d'infirmières leur ayant fourni des soins était exagéré.

Lors de réunions des équipes de soins, les infirmières ont précisé que la continuité et la constance constituaient les réels problèmes.

#### ANALYSE

La discussion et l'analyse ont mené :

- à la mise en valeur de l'approche de l'infirmière de soins intégraux /gestionnaire de cas pour les soins fournis par des infirmières de soins intégraux et de petites équipes de soins;
- à l'élaboration de lignes directrices et de programmes éducatifs sur la gestion des cas;
- à l'élaboration d'un indice de continuité pour surveiller la réussite de la continuité;
- aux possibilités de formation clinique;
- à la concentration du Comité d'exercice professionnel sur la continuité et la constance (buts du Comité d'exercice professionnel);
- à l'élaboration d'un groupe d'action d'exercice professionnel se concentrant à « vivre » la philosophie axée sur le client, y compris la constance et la continuité.

#### RÉSULTATS

Les points susmentionnés ont mené :

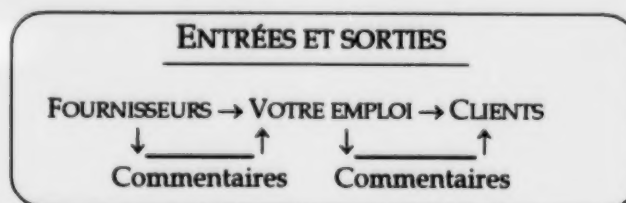
- à l'élaboration de présentations d'observations cliniques visant à encourager la constance des soins et à améliorer la qualité des soins.

Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.

## FOURNISSEURS

Un fournisseur est une personne ou un groupe qui offre un produit ou un service à un client interne ou externe. Par rapport à l'ACQ, il est crucial de comprendre qui sont les fournisseurs et quels produits ou entrées ils fournissent habituellement à chaque client ou consommateur.

Dans les soins de santé, ces entrées peuvent aller de l'abstrait, comme une demande verbale d'information, jusqu'au concret, comme une demande d'analyses de laboratoire. Lors de leur transmission, ces entrées sont transformées en passant par les processus que les personnes ou les départements contrôlent. Il est donc important d'identifier tous les fournisseurs et de déterminer les entrées ou les produits qu'ils fournissent.



### *Fournisseurs internes et externes*

Les fournisseurs peuvent être internes ou externes, selon la nature du processus en question. Il est relativement facile d'identifier les fournisseurs externes. Une entreprise fournissant des produits pharmaceutiques est un bon exemple d'un fournisseur externe.

Intimement liée à la notion de client, l'identification de tous les fournisseurs est primordiale pour comprendre la façon dont fonctionne un processus complet et la manière de l'améliorer pour respecter les attentes des clients. Les fournisseurs d'un client verront donc celui-ci comme le destinataire de leurs efforts. Si les fournisseurs connaissent la philosophie de l'ACQ, ils entameront le processus de communication et le travail d'équipe permettant l'élaboration d'un produit répondant aux besoins du client.

Dans une organisation appliquant la philosophie de l'ACQ, les relations fournisseur-client de cet ordre constituent des processus toujours soumis à l'étude en vue de les améliorer. La détermination efficace de tous les liens d'un processus offre la possibilité de réunir tous les intervenants importants du processus pour analyser la qualité de son fonctionnement et s'il est ou non possible de l'améliorer.

Les clients (ou les clients potentiels) peuvent être perçus comme des fournisseurs de commentaires. Par exemple, un sondage réalisé auprès de la collectivité repose sur le fait que les résidents locaux fournissent les commentaires nécessaires sur les sujets sondés. La collectivité devient donc un fournisseur de renseignements ou d'entrées.

## RELATIONS TOTALES AVEC LE CLIENT

*Nos valeurs - respect, excellence et compassion - déterminent nos façons de bâtir des relations avec les malades, leurs familles, des partenaires variés et la collectivité. Les valeurs façonnent la fondation sur laquelle nous recherchons la qualité par l'écoute, l'apprentissage et l'innovation. Les interventions positives et constructives émanant de nos valeurs créent une organisation avec laquelle les gens sont fiers d'être associés. [Traduction]*

Clifford A. Nordal  
Président et directeur général  
St. Joseph's Health Centre, London (Ontario)

Dans le nouveau millénaire, de quelle façon définirons-nous la relation avec le client dans les soins de santé? Que veut vraiment le grand public? De quelle façon peut-on contrôler les coûts lorsque la demande de services augmente?

*Pour réussir malgré le contrôle des coûts et d'autres pressions, les dispensateurs de soins doivent se centrer sur le client [le malade].*

— Berwick, 1997

Bien que ces questions demeurent généralement sans réponse, les politiques en matière de santé reflètent un besoin de participation - consommateur dans la prise de décision concernant les soins de santé. Partout au Canada on a mis en application des approches de développement communautaire comme stratégie pour susciter la participation des consommateurs. Les importantes percées en matière de participation des consommateurs dans un domaine comme la santé mentale soulignent le besoin de poursuivre le travail dans ce domaine. Les efforts de recherche et l'amélioration des services fourniront à leur tour des idées sur la façon de poursuivre davantage.

Au cours de la dernière décennie, le concept de relation avec le client a évolué pour devenir un concept de relation totale avec le client. Les déterminants de santé, les modèles de santé de la population et des



méthodes améliorées servent à appuyer le mouvement vers une approche plus éclectique de la prise de décisions en matière de soins de santé (Santé Canada, 1998).

La capacité, pour les systèmes de soins de santé, de mesurer leurs propres réalisations, condition préalable à l'amélioration de ces systèmes, exige de pouvoir regarder les soins à travers les yeux des malades (clients, résidents) servis. De nos jours, l'obligation de rendre compte aux clients comporte le fait d'établir des rapports pour la collectivité et de nous demander : « Où nous situons-nous? »

### *Rendre compte au grand public*

Le « Governance Check-Up : Guidance for Health Care Organizations (FCVI et CCASS, 1998) » fournit un cadre aux dirigeants. Ce cadre lie les éléments de renseignements importants à l'obligation de la direction de rendre des comptes

Les défis concernant l'obligation de rendre compte au grand public et l'élaboration de mesures significatives sont importants. Une étude américaine mentionne que les gens ont cinq préoccupations lorsqu'ils recherchent des soins de santé (Lansky, 1998) :

1. Demeurer en santé : *Est-ce que je serai capable de rester en meilleure santé possible—par l'enseignement, la promotion de la santé, les services préventifs et le dépistage précoce de la maladie?*
2. Principes : *Est-ce que j'aurai accès aux services dont j'ai besoin, est-ce que je serai traité avec respect et est-ce que je comprendrai ce que l'on me dit?*
3. Recouvrer la santé : *Si je souffre d'une maladie, est-ce que je guérirai et est-ce que je recouvrerai mes fonctions normales?*
4. Vivre avec une maladie : *Si je souffre d'un état chronique, est-ce que je pourrai maintenir le meilleur fonctionnement possible?*
5. Besoins changeants : *Si j'ai à faire face au décès ou à l'invalidité d'un membre de ma famille, est-ce que nous serons capables de vivre avec la situation, de minimiser la douleur et la souffrance et de maximiser le confort spirituel et familial?*

Il est important d'évaluer si les organisations de soins de santé respectent bien chacun des cinq domaines.

*Les méthodes de prestation de soins de santé ont changé à la suite du processus de restructuration. Par conséquent, nous devons affronter l'important défi de garantir la « qualité » dans un environnement compétitif bien géré. On ne peut réussir que si toutes les parties intéressées dans la prestation de soins se concentrent surtout et avant tout sur la clientèle. [Traduction]*

John Hassan  
Directeur général  
Haliburton, Northumberland and Victoria Access Centre  
Lindsay (Ontario)

#### PERSPECTIVES DU CLIENT

Les besoins, les défis et les étapes d'intervention éventuelles pour faire ressortir la perspective du client comprennent :

- des concepts et une définition de la qualité;
- une mesure de la qualité. (Cleary et Edgman-Levitan, 1997)

#### *Concepts et définition de la qualité*

Il a résulté de récents travaux sur la définition et la mesure de la qualité des soins de santé la disponibilité d'une gamme d'indicateurs excédant de beaucoup le nombre que tout système de santé existant pourrait mettre en application et utiliser. « Les valeurs et les préférences des consommateurs constituent des critères importants de prise de décisions sur le sous-ensemble des mesures à élaborer et à recueillir. Nous n'en savons malheureusement pas assez sur ces questions. » (Cleary et Edgman-Levitan, 1997) [Traduction]

Selon Berwick, fournir de l'information sur la qualité des soins de santé a pour but central d'amener le consommateur dans une « relation totale » avec les dispensateurs de soins de santé; il est indispensable que le consommateur soit bien renseigné (1997).

Fournir aux consommateurs des renseignements de qualité en matière de soins de santé est à la fois prometteur et risqué. Plusieurs étapes peuvent renforcer le fait que l'information du consommateur est une stratégie importante pour améliorer les soins de santé de la population canadienne :

- connaître les préférences et les variations du consommateur;
- apprendre la façon d'aider les consommateurs à utiliser les services;
- modifier les relations entre les consommateurs et les dispensateurs de soins;
- bâtir une infrastructure de ressources axées sur le consommateur.

*L'obligation de rendre compte et la participation du consommateur constituent les organes moteurs du changement. [Traduction]*

— Berwick, 1996

#### *Mesure de qualité – données sur les malades*

Une organisation souhaitant utiliser efficacement les données du malade pour améliorer le rendement a besoin d'une méthode systématique de collecte, d'évaluation et d'utilisation de ces données pour apporter des améliorations aux anciens processus et en concevoir de nouveaux. Se servir des données du malade pour assurer un meilleur rendement n'est pas une activité isolée; il s'agit plutôt d'une activité qui devrait être liée dans le plan stratégique de l'organisation aussi bien que dans sa pratique aux grands efforts déployés pour améliorer le rendement (Journal du comité sur l'amélioration de la qualité, 1995).

#### *Méthodes*

Voici une liste de méthodes communes pour obtenir les commentaires du malade :

- des groupes de discussion;
- la méthode par incidents critiques;
- l'observation directe;
- l'analyse du contenu des lettres et des commentaires;
- les sondages écrits;
- les sondages téléphoniques;
- les entrevues;
- les études archivistiques.



Sur le plan technique, la mesure de l'état fonctionnel, de la douleur, du bien-être émotionnel, du fonctionnement social et du fonctionnement lié au rôle de même que de l'état des symptômes cibles se réalise mieux en demandant directement aux malades d'en parler et de les quantifier (Berwick, 1997).

### *Considérations*

*Au cours des dix dernières années, les sondages sur la satisfaction des malades sont devenus une des approches les plus populaires pour recueillir de l'information sur la qualité du service. Ces sondages sont utilisés à grande échelle, en partie en raison de l'appel intuitif de demander aux clients des soins de santé leurs commentaires sur la qualité des services reçus. On présume généralement que la perspective du malade donne la bonne perspective, puisque les malades sont les personnes qui reçoivent les services de soins de santé. Pour une variété de raisons, cet énoncé n'est que partiellement vrai. [Traduction]*

—Hirdes et coll., 1998

Les malades peuvent être en position d'évaluer leurs propres interactions avec le personnel de soins de santé et le bien-fondé de leurs communications avec les dispensateurs de services; ils possèdent cependant très peu d'expertise pour évaluer si les procédures cliniques sont menées de manière conforme à la règle. Le malade se trouve donc dans une position de ne pouvoir évaluer qu'un aspect de la prestation des services de soins de santé et il est possible que cet aspect ne soit pas le plus important à considérer dans la situation de ceux qui se trouvent dans un état aigu ou dans un état chronique et instable sur le plan clinique. (Consulter la partie 6 — Évaluation, pour une discussion plus poussée sur les sondages.)

### PERSPECTIVE DU MALADE

**Conception.** La conception d'un processus utilisant les données des malades sur l'amélioration du rendement demande un réexamen des groupes de malades servis par l'organisation, des fonctions cliniques et organisationnelles importantes qui affectent les malades, des dimensions du rendement qui affectent les malades dans chaque fonction et des méthodes possibles de collecte et d'utilisation des données des malades.

**Mesure.** La méthode de mesure varie selon le processus, le groupe de malades, le diagnostic ou tout autre élément à mesurer. Tout plan de mesure, y compris celui de recueillir les données du malade, doit se pencher sur les questions suivantes : Quelles données faut-il recueillir ? Qui participera à la collecte ? Quand, où et comment les données seront-elles recueillies ?

**Évaluation.** Les données brutes ne peuvent pas être la base pour améliorer le rendement, mais elles doivent être soigneusement évaluées pour fournir l'information concernant le rendement actuel, déterminer les possibilités d'amélioration, aider à établir les priorités et aider à déterminer les causes profondes des problèmes pouvant mener à une amélioration.

**Amélioration.** Que l'on se serve des données du malade pour concevoir un nouveau processus ou reconcevoir un processus existant, l'objectif est de transposer les données du malade en caractéristiques particulières (caractéristiques importantes en matière de qualité) sur lesquelles le plan d'amélioration peut se pencher. Après avoir mis en application un nouveau processus ou un processus reconçu, les équipes doivent mesurer son effet. Cette mesure implique souvent le fait de retourner aux malades et de recueillir leurs commentaires pour voir si le processus respecte leurs besoins et leurs attentes, normalement à l'aide d'un sondage écrit ou téléphonique. Pour élaborer un instrument de mesure de satisfaction, le personnel peut retourner aux spécifications et aux indicateurs qu'ils ont élaborés selon les besoins et les attentes des malades.

*— Journal du comité sur l'amélioration de la qualité, 1995*

## SONDAGE DE SATISFACTION AUPRÈS DES MALADES : UN EXEMPLE

### RAPPORT DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO POUR 1999

#### MESURES DES PERCEPTIONS DES MALADES SUR LES HÔPITAUX

Cette étude cherchait à déterminer la perspective des malades au sujet de la « qualité des hôpitaux ».

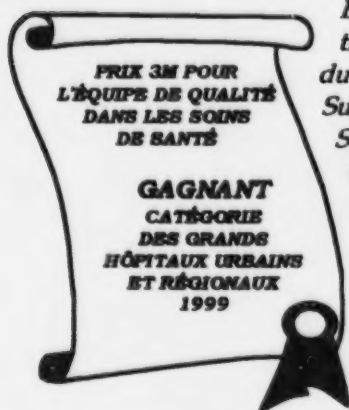
Selon la perspective des malades, les indicateurs de qualité des hôpitaux sont les suivants :

- qualité totale
- qualité du processus
- résultats
- soins infirmiers
- soins du médecin traitant
- personnel auxiliaire préposé aux soins des malades
- services de soutien
- entretien ménager
- coordination des soins
- continuité des soins

Baker GR et coll. *The Hospital Report 1999*  
*A balanced scorecard for Ontario's acute care hospitals*  
Toronto : Ontario Hospital Association 1999

## PROJET DE TRANSFORMATION DU TRAVAIL DU PROGRAMME DE VIEILLISSEMENT

Sunnybrook Health Sciences Centre  
Toronto (Ontario)



En 1996, on a entrepris un projet de transformation du travail dans le cadre du programme de vieillissement du Sunnybrook Health Sciences Centre\*. Sunnybrook est un hôpital d'enseignement de 1100 lits affilié à l'Université de Toronto. Une unité de 45 lits pour les anciens combattants, située dans la section des soins de longue durée de l'hôpital, a été sélectionnée en tant qu'environnement convenable pour amorcer les activités de transformation du travail. L'unité

comprenait 20 hommes et 25 femmes.

L'une des principales forces motrices du projet a été l'orientation générale visant à mettre en application des soins centrés sur le malade (SFM). Le projet avait pour objectifs d'améliorer la qualité des soins et des services cliniques, de faciliter les améliorations dans les processus de soutien, de mettre en valeur la qualité de la vie au travail et de réduire les coûts. On cherchait, par ce projet, à transformer le travail en analysant et en reconcevant les processus de base des soins aux malades et en modifiant le modèle de prestation des soins. On a créé un environnement s'apparentant plus au domicile pour répondre aux préoccupations qu'a révélées le sondage sur la satisfaction des malades. Les avantages et les améliorations réalisés seraient mis en application dans d'autres unités de soins aux malades au sein du Programme de vieillissement.

\* Le nom a été changé en celui de Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre en 1998 en raison d'une fusion.

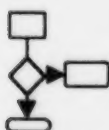
*En 1992, le Sunnybrook Health Sciences Centre, comme plusieurs autres hôpitaux de l'Ontario, a orchestré un changement organisationnel à grande échelle axé sur les approches innovatrices de la façon de fournir des soins et d'effectuer le travail. Le président, le directeur général et une puissante équipe de cadres supérieurs ont mené la transformation. La structure de l'hôpital a été réorganisée et décentralisée pour refléter une nouvelle philosophie de soins – soins focalisés sur le malade – fondée sur le travail du Booze Allen Health Care Incorporated. En voici les concepts :*

- *Réorganiser la structure et le modèle de prestation des soins pour se concentrer sur la continuité des soins aux malades.*
- *Décentraliser les services aux malades à l'endroit où se donnent les soins.*
- *Augmenter la proportion d'activités de soins directs comparativement au travail d'infrastructure.*
- *Augmenter la polyvalence des membres du personnel afin qu'ils puissent jouer des rôles multiples et réduire la fragmentation.*
- *Individualiser les besoins de fonctionnement pour des groupes particuliers de malades.*
- *Autoriser le personnel à planifier et à exécuter son travail de façon plus adaptée aux besoins des malades.*

*À Sunnybrook, les soins focalisés sur le malade se sont développés de façon à mettre l'accent sur le rôle du malade à orienter les décisions concernant les soins et les services.*

Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.

## PROCESSUS



Les organisations modernes de soins de santé sont des milieux de travail très complexes comprenant plusieurs personnes munies d'aptitudes et de responsabilités différentes pour accomplir une grande variété d'activités. Lorsque les organisations analysent pour la première fois la façon d'effectuer le travail, elles sont souvent étonnées de la complexité des tâches. Un processus de travail comprend plusieurs étapes et comporte fréquemment différentes disciplines cliniques et plusieurs départements. Un travail routinier mais important peut comprendre 30 à 40 étapes, nécessiter l'apport de gens de cinq ou six départements et disciplines cliniques. Ces processus sont rarement conçus de façon délibérée; ils ont plutôt tendance à évoluer. On retrouve souvent des étapes répétitives et inutiles en raison du fait que personne ne connaît à fond le processus. Modifier le processus est un défi constant exigeant une négociation et une coordination entre les gestionnaires et le personnel respectif des départements multidisciplinaires. Ces processus demandent du temps et peuvent donc retarder l'atteinte des objectifs. Il n'est pas surprenant qu'un des défis des hôpitaux est la réduction du nombre de personnes en attente dans les sections d'admission et les salles d'urgence.

Une brève description du processus d'admission illustre la complexité et le défi que comporte l'amélioration du processus de travail. Les malades qui se présentent à l'hôpital par la salle d'urgence peuvent avoir des interactions avec des infirmières et des médecins qui évaluent leur état clinique, des phlébotomistes qui prélèvent des échantillons sanguins, des commis qui recueillent des renseignements pour les dossiers des malades, des membres du personnel qui les escortent à leur chambre et des infirmières de l'unité de réception qui réévaluent leur état actuel et s'assurent que leur chambre est prête. D'autres membres du personnel du laboratoire, de l'entretien ménager et d'autres services effectuent des tâches essentielles et supplémentaires pour décider si le malade doit être admis, à quel service et à quel médecin il devrait être adressé et quels services supplémentaires peuvent être nécessaires pour répondre à ses besoins. Étant donné la complexité de ces processus et la variété des tâches requises, il peut se produire d'importantes variations. Même si toutes les étapes se succèdent sans problème, le processus prend souvent beaucoup de temps. Il n'est donc pas surprenant que plusieurs malades soient insatisfaits des longues heures d'attente pour des lits d'hôpitaux et que le personnel soit frustré. Ces pratiques inefficaces se traduisent en coûts supplémentaires pour l'hôpital.



Les approches traditionnelles de gestion concernant l'amélioration du travail sont fondées en grande partie sur les essais et les erreurs — la sélection de solutions sans étude suffisante des causes sous-jacentes. Il n'est pas étonnant que la plupart de ces tentatives ne réussissent pas à améliorer le résultat ou produisent des améliorations mineures aux dépens d'une importante augmentation des coûts. Les modifications produisent souvent des résultats inattendus; par conséquent, les solutions d'aujourd'hui deviennent les problèmes de demain. Alors que les organisations tentent de faire face à l'augmentation du volume de malades et à la complexité de la prestation des soins de santé, leur personnel doit faire face à une spirale de problèmes extensible. Les gestionnaires sont pris dans d'interminables cercles de « lutte contre le feu ».

Les approches traditionnelles en matière de solution de problèmes comportent plusieurs faiblesses :

- ♦ Manque de participation du personnel existant, sans qu'aucune disposition n'ait été prise pour aider les membres à titre personnel à maximiser leur travail dans le contexte des buts compris :
  - Les gestionnaires agissent sans la participation du personnel connaissant la raison cruciale du problème;
  - Le personnel est réticent à révéler la raison pour laquelle les choses ne vont pas bien de peur qu'on le blâme de ne pas travailler efficacement.
- ♦ Les changements sont bloqués en raison de la résistance du personnel ou des gestionnaires des autres secteurs.

La nature humaine veut que l'on blâme les autres pour ce qui va mal; W. Edwards Deming (1986) observe que, dans la plupart des situations, la source des problèmes ne repose ni sur l'incompétence ni sur la négligence délibérée des personnes. elle vient plutôt de la complexité des processus de travail et du manque de compréhension de la façon de les améliorer.

Améliorer les processus demande une meilleure compréhension de la façon d'effectuer le travail. Le personnel de première ligne doit participer à cet effort. Il faut élaborer un processus de résolution de problèmes pour permettre aux travailleurs et aux gestionnaires de résoudre les problèmes dans d'autres secteurs départementaux et fonctionnels. La plupart des problèmes liés aux processus de travail se produisent dans une gestion de type « non interventionniste » entre les différentes étapes d'un processus. Par exemple, au service d'admission, un malade peut attendre dans la salle d'urgence même si un lit est disponible, parce qu'il n'y a personne pour l'amener à sa chambre ou parce que la décision d'admettre le malade



peut être retardée en raison de la non-disponibilité d'un résultat d'analyse de laboratoire. La cause profonde peut être imputable à un problème du système.

L'amélioration de la qualité (AQ) offre un modèle de remplacement pour aborder les problèmes de travail. Dans l'amélioration de la qualité, les employés de première ligne utilisent une variété d'outils analytiques pour comprendre les processus de travail. Les membres de l'équipe recueillent les données en vue de déterminer les causes profondes des problèmes que posent ces processus; ils conçoivent et effectuent par la suite des expériences à petite échelle pour améliorer ce travail. (La troisième partie de ce document traite davantage des équipes.)

### RESPONSABILITÉS DE L'AMÉLIORATION DU PROCESSUS

La responsabilité de ces activités est typiquement partagée entre la gestion et les autres dirigeants clés œuvrant au sein d'un « conseil sur la qualité » ou d'un forum semblable et le personnel qui exécute le travail d'amélioration du processus. L'équipe et le conseil sur la qualité sont chacun responsables d'étapes particulières dans le processus d'amélioration de la qualité.

Les gestionnaires membres du conseil sur la qualité s'assurent que :

- les projets sélectionnés se concentrent sur des processus organisationnels essentiels qui apporteront d'importants avantages dans l'amélioration de la satisfaction du client;
- les membres de l'équipe possèdent les ressources nécessaires pour accomplir leur travail;
- les résultats du travail de l'équipe sont mis en application.

L'équipe est responsable des éléments suivants :

- l'analyse du processus de travail;
- la conception des améliorations;
- la mise à l'essai de leur faisabilité et de leurs répercussions.

La Hospital Corporation of America a élaboré un modèle de processus d'amélioration de la qualité :

F	Formuler la description d'un processus à améliorer.
O	Organiser une équipe qui connaisse le processus.
C	Clarifier la connaissance actuelle du processus.
U	Utiliser ses connaissances pour comprendre les sources ou les variations.
S	Sélectionner l'amélioration.
P	Planifier l'amélioration et la collecte permanente des données.
E	Exécuter l'amélioration, la collecte des données et l'analyse des données.
É	Vérifier et étudier le résultat.
A	Agir pour maintenir les gains, poursuivre l'amélioration.

Les premières étapes de ce processus se concentrent sur la détermination et la sélection d'un problème relié à un processus de travail. On choisit des membres du personnel connaissant le processus pour former une équipe d'amélioration de la qualité.

Les membres de l'équipe recherchent alors des données pour étoffer leurs connaissances du processus. À l'aide de ces connaissances, l'équipe génère des idées sur les causes profondes possibles des problèmes du processus. À ce point, son travail est orienté vers l'élaboration de théories expliquant la cause du problème. Après avoir sélectionné une ou plusieurs théories, l'équipe recueille des données pour mettre à l'essai ces théories.



Après avoir déterminé la cause profonde du problème, l'équipe travaille à la sélection d'éventuelles améliorations. Les membres de l'équipe lancent des idées pour déterminer des contre-mesures et sélectionnent la mesure la plus prometteuse pour la mettre à l'essai.



Ces contre-mesures sont alors utilisées dans des essais à petite échelle et les données sont recueillies pour étudier leur efficacité.



Les membres analysent les données pour déterminer si les contre-mesures ont été un succès. Si oui, l'équipe met en application les modifications nécessaires et conçoit une collecte permanente de données pour assurer le maintien des améliorations.

### MODIFICATION DU PROCESSUS

Les résultats du travail en soins de santé sont le résultat d'un processus et de méthodes interagissant dans une séquence et un endroit particuliers influencés par les besoins individuels des malades.

Pour mieux saisir l'importance de la modification requise, il faut comprendre à fond les besoins du malade et les processus de soins de santé en cause. Ce modèle aide à « voir » les relations entre et parmi les éléments (Batalden, 1996, 1998).

Voici un exemple d'un projet d'amélioration clinique pour des malades subissant une arthroplastie totale de la hanche.

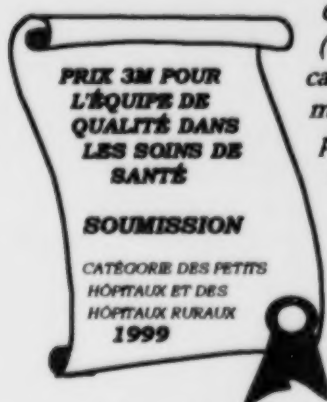
### MODIFIER UN PROCESSUS

1. **Modifier les entrées.** Augmenter la capacité du malade à subir l'intervention avec succès et à récupérer plus rapidement en opérant sur des malades « en forme ».
2. **Combiner les étapes.** Diminuer le travail et les pertes associés à des tâches à étapes multiples en combinant ces étapes.
3. **Éliminer les défaillances pratiques entre les étapes.** En faisant en sorte que la fin d'une étape devienne le début de la prochaine, le « couplage » des étapes peut se faire avec moins d'erreurs, comme la reconception du format des formulaires de planification de sortie du malade et des ordres d'admission pour des soins à domicile et la postobservation en thérapie physique.
4. **Supprimer une étape.** Arrêter de faire des choses qui n'apportent aucune valeur significative au résultat souhaité.
5. **Réordonner la séquence des étapes.** Placer une des dernières étapes plus tôt dans le processus pour que l'ensemble des soins se déroule plus en douceur, comme le fait de demander au physiothérapeute d'enseigner au malade à gérer ses propres soins de réadaptation postopératoire avant son admission — alors qu'il est alerte et prêt à apprendre.
6. **Modifier un élément du processus en créant un arrangement avec une autre partie (client, fournisseur ou autre) pour changer le concept du processus.** En combinant une étape à un aspect extrinsèque du processus actuel, il est possible de créer une toute nouvelle possibilité; ainsi combiner la sortie d'une unité de soins de longue durée à l'admission dans un milieu de soins transitoires transforme l'étape de sortie en une étape de transfert et, par conséquent, le processus  $\xi^{\circ}$  bal en une arthroplastie et une réadaptation.
7. **Remplacer une étape par une solution de rechange de meilleure valeur.** Déterminer une meilleure méthode ou technique pour exécuter une étape donnée comme l'utilisation, pour la sélection d'une prothèse, d'un algorithme de décision produisant la recommandation du dispositif clinique convenable et le moins coûteux.
8. **À partir des connaissances sur le service ou le résultat produit, reconcevoir la production.** Reconcevoir le processus lorsque la vraie nature du résultat et ses éventuels contributeurs sont connus, tel que créer un état nutritionnel maximal préopératoire, après avoir reconnu la valeur d'un bon état nutritionnel pour parvenir à une guérison rapide.
9. **À partir des connaissances sur l'utilisation du service ou du résultat, reconcevoir le service ou le résultat.** Connaître les utilisations suivantes du résultat final du processus permet de considérer d'autres modifications du processus, comme celle d'effectuer une incision permettant une flexion dans le cas d'un remplacement de l'articulation de la hanche, après avoir reconnu le besoin de pouvoir marcher rapidement.
10. **Reconcevoir en connaissant le besoin et le but visé.** Si le besoin est bien connu, il est possible de prendre en considération et de concevoir des services entièrement différents (par exemple, lorsqu'on a précisé que le but de l'intervention était de soulager la douleur, il est possible d'élaborer des approches de rechange pour atteindre ce but avec ou sans intervention chirurgicale).

(Adapté de Batalden, Mohr et coll., 1996)

## SANTÉ DU SEIN : FAIRE LE VOYAGE DE LA DÉCOUVERTE JUSQU'AU DIAGNOSTIC

Hôpital St. Mary's,  
New Westminster (Colombie-Britannique)



Chaque année en Colombie-Britannique (C.-B.), 2 600 femmes contractent un cancer du sein. Environ 600 d'entre elles meurent de cette maladie; il s'agit d'un problème de santé important pour les femmes de la C.-B.

Reconnaissant qu'un diagnostic et un traitement précoces du cancer du sein sauve des vies, plusieurs médecins ont lancé l'idée d'une clinique du sein dans les services de la santé de la région de Simon Fraser (SFHR). Ils avaient comme vision de fournir des services de diagnostic et de traitement plus complets pour les femmes souffrant d'une pathologie mammaire. Ils ont reçu l'approbation d'aller de l'avant à l'hôpital St. Mary's, une installation de soins aigus ayant déjà investi beaucoup dans des infrastructures de diagnostic et de chirurgie pour appuyer ce genre de programme. L'expertise et l'engagement de l'équipe interdisciplinaire qui a accepté le défi de faire de cette vision une réalité ont peut-être été les facteurs les plus importants de la réussite de cette initiative.

L'équipe a décidé d'attaquer, comme premier problème, la longue période d'attente dont avaient à vivre les femmes entre la découverte d'une anomalie du sein et la réception du diagnostic. Des données provinciales ont démontré que la période moyenne d'attente entre une mammographie anormale et un diagnostic définitif était de neuf semaines. L'équipe s'est fixé l'objectif ambitieux de réduire cette période à 18 jours ouvrables. Les stratégies mises en application pour atteindre ce but comprenaient le renforcement des communications avec le médecin, le raffinement du processus de rendez-vous et de consultation, l'organisation du déplacement des malades et de l'aménagement de la clinique pour accommoder efficacement les malades et l'ajout de personnel de bureau pour traiter plus rapidement les rapports dictés. On a élaboré des trousseaux

*d'éducation pour les malades et entrepris d'enseigner l'autoexamen des seins. Chaque membre de l'équipe a collectivement et individuellement joué un rôle vital pour réaliser ces améliorations.*

*On a mis en application une méthode par laquelle des membres de diverses disciplines se rencontraient une fois par semaine pour offrir un service de diagnostic rapide. Cette méthode a été évaluée pendant six mois et le résultat démontre que 75 p. 100 des femmes ont reçu un diagnostic définitif à l'intérieur du but fixé de 18 jours, une importante amélioration sur la moyenne provinciale. Quatre autres mesures, un questionnaire préclinique et postclinique pour les malades, un sondage auprès des médecins et une évaluation formative à laquelle le personnel a participé ont démontré que tous les gens concernés étaient généralement satisfaits de la clinique.*

*Il a fallu améliorer encore plus le processus pour les 25 p. 100 des malades n'ayant pas reçu un diagnostic définitif à l'intérieur des 18 jours. On a modifié le programme pour offrir l'option d'utiliser un harpon (technique de localisation des tumeurs mammaires) dans l'unité des soins ambulatoires au lieu de la longue période d'attente pour une chirurgie au bloc opératoire principal. Une étude rétrospective réalisée en janvier 1999 a démontré qu'il y a eu une diminution de la période d'attente des femmes, bien que chaque malade ayant besoin de l'utilisation du harpon n'ait pas obtenu un diagnostic définitif dans les 18 jours.*

*On continue d'explorer et de raffiner les possibilités de respecter pleinement les besoins des femmes souffrant d'une pathologie mammaire. Il s'agit d'un processus exigeant des connaissances, de l'expérience, de la compassion, de la conscience professionnelle et de la persévérance. Je suis fier de ce que les membres de cette équipe ont accompli et je sais qu'ils ont le zèle et l'engagement pour continuer d'aider les femmes à faire le voyage de la découverte jusqu'au diagnostic – et encore plus loin.*

*Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.*



## PEÉA – UN MODÈLE D'APPRENTISSAGE

### APPUI AUX CLINICIENS

Berwick recommande que, dans plusieurs circonstances, la façon la plus vigoureuse de faire des améliorations est d'effectuer de petits essais locaux – des cycles de planification-exécution-étude-action (PEÉA) – dans lesquels on apprend en intervenant. L'apprentissage dans ces cycles a beaucoup de points en commun avec l'apprentissage en milieu de travail clinique prudent, où l'on entreprend des thérapies sous surveillance étroite et l'on effectue des adaptations au fur et à mesure que les données et l'expérience s'accumulent. La plus forte justification pour utiliser les cycles PEÉA dans le processus d'amélioration vient en grande partie de la théorie des systèmes. « Un système est un ensemble d'éléments interdépendants interagissant pour atteindre un but commun. Monter à bicyclette est un système; il en est ainsi des soins prodigués à un malade asthmatique. » (Berwick, 1998) [Traduction].

*Améliorer la  
pratique  
quotidienne de la  
médecine  
demande de faire  
des changements  
dans les processus  
de soins.  
— Berwick, 1998*

Pour plusieurs améliorations d'un système, les cycles PEÉA sont plus convenables et informatifs que des études systématiques conçues de façon expérimentale (comme des essais aléatoires) ou la simple mise en application des changements sans réflexion ni mesure d'évaluation. Les médecins peuvent encourager l'amélioration systémique en endossant et en participant à des essais modificatifs locaux et prudents dans les organisations de soins de santé dans lesquels ils travaillent.

Il est possible de réaliser de petits essais de changement dans la pratique clinique quotidienne, transformant par le fait même l'équipe de prestation de soins de santé en praticiens réfléchis qui peuvent apprendre de leur travail et l'améliorer.

*La science, dans le cycle PEÉA, est un  
acte de réflexion, soit apprendre à  
partir de ce que l'on a fait.*

### FEUILLE DE TRAVAIL POUR L'AMÉLIORATION CLINIQUE

La feuille de travail pour l'amélioration clinique a été conçue comme un outil simple que les praticiens de première ligne peuvent utiliser pour harmoniser le travail d'amélioration clinique avec leur processus central de prestation clinique. La feuille de travail fournit un outil graphique et souple pour aider les cliniciens à réaliser leurs améliorations; elle se présente en un format simple afin que les équipes visualisent le chemin à parcourir, enregistrent les progrès réalisés et partagent le travail dans un format standard.

- Aide l'équipe clinique à se préparer à faire un changement et commence à viser le but en le rodant dans un secteur de haute influence pour mettre à l'essai le changement — après avoir eu la possibilité de discuter des résultats souhaités, des processus de soins et des éventuels changements.
- Fournit une image qui harmonise la « pensée d'amélioration » du processus clinique central de façon que les praticiens puissent facilement comprendre et adapter les méthodes de prestation de soins à leurs malades.

— Nelson, Batalden et coll., 1996

Ce modèle d'amélioration clinique a été appliqué à la santé communautaire et les feuilles de travail ont été adaptées pour améliorer le sort des collectivités.

— Speroff et coll., 1998



## AMÉLIORATION DES SYSTÈMES

*Les approches contemporaines en matière d'amélioration de la qualité font face aux problèmes qu'engendre le fait de traiter les organisations comme si elles étaient des systèmes.*

[Traduction]

— Batalden, 1998

### REGARDER L'ORGANISATION COMME UN SYSTÈME



« Il faut poursuivre, coordonner et focaliser sur le but commun de l'organisation les efforts déployés pour soulever les questions importantes au sein d'une organisation ainsi qu'élaborer et mettre en application les changements associés à ces questions. Pour ce faire, une organisation doit se reconnaître comme un système et fonctionner comme tel. Un système est un groupe d'éléments, de personnes ou de processus interdépendants ayant un but commun. » (Langley et coll., 1996) [Traduction]

Voir leur organisation en tant que système est une importante façon pour les dirigeants de penser à elle. Une organisation se compose de plusieurs départements, personnes, matériaux, installations et fonctions. Le travail d'un dirigeant est d'*intégrer* ces diverses composantes pour arriver au but commun du système. En fin de compte, le succès d'une organisation dépend de cette intégration (Langley et coll., 1996).

Les améliorations sont le résultat de nouvelles structures conçues de façon expéditive. Pour réaliser l'amélioration, les gens doivent regarder au-delà de leurs propres identités professionnelles et se voir comme faisant partie d'un plus grand système. Comprendre les structures et la dynamique des systèmes en combinaison avec les connaissances cliniques peut doter le personnel de l'équipement nécessaire pour collaborer avec les collègues afin de diagnostiquer les défauts d'un système et concevoir des remèdes (Nolan, 1998).

Kleiner et coll. (1994) favorisent une vision de systèmes et décrit la pensée de systèmes comme « une façon de penser aux forces et aux interrelations formant le comportement des systèmes et un langage pour les décrire et les comprendre. Cette discipline nous aide à voir la façon de modifier les systèmes pour les rendre plus efficaces et d'agir de manière plus harmonisée avec les plus grands processus du monde naturel et du monde économique. »

### BÂTIR LE SYSTÈME D'AMÉLIORATION

Il doit se produire plusieurs faits pour qu'une organisation fasse continuellement des changements menant à des améliorations du point de vue du client. Il est hautement prioritaire d'établir un système d'amélioration pour fournir un cadre devant mener au changement. Pour ce faire, les dirigeants peuvent réaliser les cinq activités clés suivantes :

1. Établir et communiquer le but de l'organisation.
2. Voir l'organisation comme un système.
3. Concevoir et gérer un système pour recueillir de l'information sur l'amélioration.
4. Procéder à une planification de l'amélioration et l'intégrer à la planification des activités.
5. Gérer les activités d'amélioration individuelles et d'équipe.

— Langley et coll., 1996

### *Comprendre la structure et la dynamique des systèmes*

Un système peut se définir comme une collection d'éléments interdépendants interagissant pour atteindre un but commun. Le processus de traitement des diabétiques, un hôpital, l'élaboration et la mise à l'essai de nouvelles procédures médicales ou l'exercice de la médecine sont des exemples de systèmes variés (Nolan, 1998).

La théorie de gestion de Deming découle d'une application de ce qu'il appelle un système de connaissances approfondies. Une connaissance approfondie exige de comprendre ce qu'est un système, une variation, la psychologie et une théorie de la connaissance. Si l'on regarde une entreprise comme un système, il est essentiel de comprendre les systèmes et leurs variations. En plus, dans un système où le client est la composante la plus importante, il faut aussi posséder des connaissances psychologiques. Deming croit que presque chaque geste posé par un dirigeant exige une prédiction; par conséquent, il est aussi nécessaire de comprendre la théorie de la connaissance. (Roehm et Castellano, 1997)




*Comprendre les attentes existantes du client et gérer en fonction de celles-ci indique que l'on possède la volonté et la manière de faire. Votre équipe et vous devez d'abord décider que les attentes et les perceptions des clients sur la valeur qu'ils reçoivent de vous est une force motrice clé de votre entreprise. Vous devez ensuite transformer*

*systématiquement les attentes et les perceptions floues du client en données solides et gérables. Cela demande la formation d'un système et d'un processus de gestion rigoureux. [Traduction]*

— Clemmer, 1995

### *Principes clés associés aux systèmes*

Nolan (1998) décrit comme suit les principes clés des systèmes :

-  Un système a besoin d'un but pour aider les gens à gérer leurs interdépendances.
  - La structure du système découle du but. Le but d'un système et les moyens de l'améliorer sont, par ricochet, fondés sur des jugements de valeur.
  - De nouvelles connaissances, de nouvelles thérapies et des forces économiques changeantes dictent que les systèmes existants doivent être assujettis à une amélioration continue pour atteindre le but indéfectible d'obtenir les meilleurs résultats pour les malades.
-  La structure d'un système détermine de façon significative le rendement du système.
  - Les systèmes peuvent avoir des structures déficientes. Les améliorations dans ces systèmes sont donc associées à des changements rendant les structures plus efficaces.
  - Les personnes qui ne comprennent pas la façon dont la structure d'un système affecte son rendement proposeront souvent une solution très peu différente : plus d'argent, de personnes, de vérification, de matériel ou de règlements. Si des améliorations se produisent à la suite de ces changements, elles sont habituellement coûteuses et de courte durée.
-  Les changements dans la structure d'un système peuvent engendrer des conséquences non intentionnelles.
  - Une perspective de systèmes reconnaît que les conséquences non intentionnelles sont un résultat prévisible d'un changement de systèmes. Les personnes intéressées à améliorer les soins médicaux se servent de ce fait pour agir avec prudence en vue d'effectuer un changement intelligent, tandis que les personnes intéressées à conserver le statu quo l'utilisent comme une excuse pour résister au changement.

- Un changement intelligent est guidé par une théorie, une recherche ou une autre preuve empirique solide et est d'abord mis à l'essai sur une petite échelle en utilisant un ensemble équilibré de mesures des résultats.
- Les conséquences non intentionnelles devraient être séparées des effets secondaires ou compromis connus, comme la perte des cheveux causée par la chimiothérapie, conséquence tolérée parce que le résultat net est perçu comme positif.

🔑 La structure d'un système dicte les avantages qui s'accroissent pour les diverses personnes travaillant dans le système.

- Du point de vue des systèmes, l'amélioration demande que plusieurs parties changent.
- Un système reconçu peut, en général, constituer une amélioration, mais il peut changer la nature des avantages pour certaines personnes. Il faut négocier pour que le changement soit un succès.

🔑 La dimension et la portée d'un système influencent le potentiel de l'amélioration.

- La dimension et la portée d'un système sont déterminées par les éléments compris dans la description du système.

🔑 Le besoin de collaborer est un prolongement logique des interdépendances des systèmes.

- Lorsque les gens reconnaissent leur interdépendance et affirment l'existence d'un but commun, ils reconnaissent le besoin de collaborer.

#### EFFETS DE LEVIER

*Il n'est pas nécessaire de modifier tous les aspects d'une structure pour obtenir une amélioration significative. Des changements intelligents et bien focalisés peuvent quelquefois produire des résultats importants et durables. Les théoriciens de systèmes font référence à ces éléments sensibles de la structure d'un système comme des effets de levier ou des déclencheurs.*

[Traduction]

— Nolan, 1998

— Les systèmes doivent être gérés.

- Déclarer simplement qu'un groupe d'éléments est un système ne veut pas dire qu'il fonctionnera comme un système. Les interdépendances doivent être gérées, surtout à la suite d'un changement apporté à un système. Par exemple, le processus normal de commande d'analyses de laboratoire et l'archivage opportun des résultats dans les dossiers des malades se détériorent en l'absence d'une gestion vigilante.

— Les améliorations aux systèmes doivent être bien dirigées.

- L'amélioration d'un système demande des changements à sa structure. Il faut un dirigeant capable de vaincre l'inertie du présent système et fournir la volonté de changement. Par exemple, les médecins de soins primaires et les spécialistes ne se réuniront pas de façon spontanée pour concevoir un nouveau système de consultation.

## AMÉLIORATION ET CHANGEMENT

*Pour survivre, les systèmes de soins de santé doivent pouvoir s'améliorer. Apprendre à faire des changements et à les encourager, gérer le changement à l'intérieur et à l'extérieur des organisations, et apprendre des changements mis à l'essai auront pour effet de caractériser les systèmes de santé prospères et durables de l'avenir. Il suffisait autrefois d'établir des objectifs, mais il est clair que les objectifs doivent être couplés à des concepts et à des méthodes particulières pour produire un changement durable. [Traduction]*

— Batalden, Mohr et coll., 1996

Batalden et ses collaborateurs suggèrent une approche de l'amélioration fondée sur les « principes fondamentaux » suivants :

- **But d'une meilleure valeur.** Ayez comme but commun l'amélioration de la santé et la réduction du fardeau de la maladie dans la vie des malades, par exemple, la surmortalité, la morbidité, le mécontentement, les coûts et le fonctionnement sous-optimal dans la vie quotidienne.
- **Pensée des systèmes.** Comprenez, de façon générale, le système de soins dans lequel survient le désir de changement.
- **Disposition culturelle.** Ayez conscience des habitudes, des traditions, des politiques et des valeurs encourageant ou entravant la prise de risque associée à l'adoption d'un changement.
- **Gestion d'un changement.** Saisissez la tension et la pression nécessaires pour encourager le changement, la création d'une solution de rechange au statu quo qui est sur mesure, sensible à la population locale et réalisable, les aptitudes et les connaissances nécessaires pour effectuer le changement et l'appui social requis pour faire durer les efforts de changement.

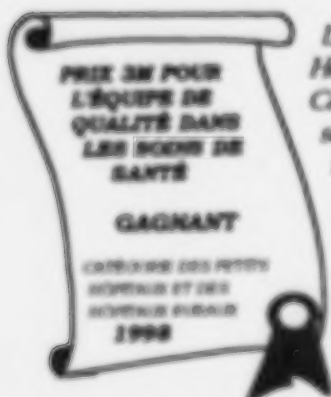
*Pour survivre, les systèmes de soins de santé doivent être capables de s'améliorer. [Traduction]*

- **Modèle d'amélioration clinique.** Comprenez un format souple et élémentaire comme la feuille de travail sur l'amélioration clinique et le cycle PEÉA pour la pensée concernant les résultats, le processus sous-jacent, la conception de nouveaux processus et la mise à l'essai des changements. (Batalden, Mohr et coll., 1996)



## LE CENTRE DE SANTÉ CASTLE DOWNS

CAPITAL HEALTH STURGEON COMMUNITY  
HOSPITAL AND HEALTH CARE



Le 4 novembre 1996, la région de Capital Health a mis sur pied le centre de santé Castle Downs comme modèle de soins de santé intégrés, regroupant, sous un même toit, les services de promotion et de prévention de la santé communautaire et les services médicaux spécialisés.

Une équipe de dispensateurs de soins de santé provenant de secteurs de service variés a élaboré et mis en œuvre le projet Castle Downs à l'aide des commentaires et de la participation d'une gamme étendue d'intervenants internes et externes. La façon innovatrice avec laquelle l'équipe a reconçu les services fournis à Castle Downs en plus de les focaliser clairement sur les besoins de la clientèle démontre l'engagement de l'équipe envers l'amélioration continue de la qualité. L'équipe :

- a respecté et fait avancer la vision et la mission de l'organisation Capital Health;
- a surmonté les défis du rendement de l'équipe, formé un groupe de travail efficace et fait participer un large éventail d'intervenants;
- a utilisé des données démographiques, des évaluations des besoins et des commentaires de la collectivité pour concevoir un centre de santé respectant les besoins de la collectivité de Castle Downs;
- a réussi à planifier et à mettre en place un centre de santé qui regroupe un nombre d'ensembles de services de santé traditionnellement distincts;
- a amélioré l'accès aux services pour la collectivité de Castle Downs;
- a créé un continuum de soins qui a amélioré la qualité des services disponibles à la collectivité de Castle Downs;
- a mis sur pied un centre de santé pouvant servir de modèle pour la planification de futurs services intégrés.

*L'équipe de Castle Downs a créé un modèle de services de santé intégrés, accessible et abordable et l'a réalisé en collaboration avec un de nos partenaires clés - la collectivité. Dans ses efforts pour améliorer la qualité des services de santé à Castle Downs, l'équipe a franchi une étape concrète vers la vision de Capital Health, soit « des gens en meilleure santé dans une collectivité en meilleure santé ».*

Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.

### LIGNES DIRECTRICES POUR OBTENIR UN ENGAGEMENT ENVERS LE CHANGEMENT

Les lignes directrices suivantes se sont avérées utiles pour minimiser la résistance au changement et obtenir l'engagement souhaité des personnes que le changement affecte :

1. Expliquez la raison qui a motivé le changement :
  - Comprenez l'aridité que crée le changement (sans vous attendre à l'éliminer).
  - Montrez la façon dont le changement appuie le but de l'organisation.
  - Placez le changement dans une perspective historique.
  - Faites le lien entre le changement et le client externe.
  - Reformulez le changement comme une possibilité excitante, pas comme quelque chose qu'on impose aux gens.
  - Fournissez une ligne directe spéciale pour enregistrer les questions et les commentaires pendant la période de mise en application.
2. Expliquez de façon précise la façon dont le changement affectera les gens :
  - Utilisez les résultats des cycles de mise à l'essai pour partager les présentations visuelles des données et les résultats des tests.
  - Soyez prêt à discuter des questions, des demandes de clarification ou des idées sur le changement.
  - Étudiez les objections justifiées concernant le changement et soyez prêt à y porter attention.
  - Invitez aux présentations les représentants de l'organisation qui ont participé aux mises à l'essai ou à la mise en application.
3. Obtenez un consensus sur les solutions, les ressources et autre soutien nécessaire pour la mise en application du changement :
  - Approuvez un plan d'action comprenant des étapes et des dates précises.
  - Demandez aux dirigeants et aux personnes clés de toutes les parties de l'organisation d'afficher publiquement leur appui.
  - Exprimez votre confiance dans la capacité de ceux qui doivent effectuer le changement.
4. Faites connaître le changement :
  - Utilisez le symbolisme (histoires, analogies, images, événements perçus).
  - Résumez tous les points clés et les attentes dès qu'ils surviennent.
  - Montrez votre appréciation pour les efforts de chaque participant à l'élaboration et à la mise à l'essai du changement.

- Profitez des événements importants (ventes record, perte d'un gros client) et faites le lien entre la mise en application du changement et ces événements.

Suivre ces lignes directrices aidera les organisations à surmonter la plus grande partie de la résistance au changement de leur personnel.

(Adapté de Langley et coll., 1996)

### AMÉLIORATION ET CHANGEMENT : POINTS À L'ÉTUDE

*Tout dirigeant responsable de l'amélioration doit reconnaître le lien indissoluble qui existe entre l'amélioration et le changement.*

- *Tout changement n'est pas une amélioration, mais toute amélioration est un changement.*
- *Une réelle amélioration vient du changement des systèmes, et non des changements à l'intérieur des systèmes.*
- *Pour faire des améliorations, il faut préciser ce que nous essayons d'accomplir, ce qui nous confirmera qu'un changement a mené à une amélioration et le changement à effectuer pour arriver à une amélioration.*
- *Plus l'objectif est précis, plus il y a de chances qu'une amélioration se produise; les armées ne prennent pas toutes les collines en même temps.*
- *Concentrez-vous à respecter les besoins des malades plutôt que les besoins des organisations.*
- *La mesure est un meilleur outil pour apprendre que pour sélectionner, récompenser ou punir.*
- *La mesure nous précise s'il faut conserver, changer ou rejeter les innovations, comprendre les causes et clarifier les objectifs.*
- *Les dirigeants efficaces défient le statu quo en insistant sur le fait que le système actuel ne peut demeurer et en offrant des idées claires sur des solutions de rechange supérieures.*
- *Éduquer les gens et donner des primes sont des moyens utilisés fréquemment, mais ils ne sont pas très efficaces pour arriver à une amélioration.*
- *La plupart des systèmes de travail ne donnent pas assez de temps pour réfléchir sur le travail.*
- *On ne gagne pas le Tour de France en planifiant pendant des années la première course à bicyclette parfaite, mais en faisant constamment de petites améliorations.*

— Berwick, 1996

## UN MODÈLE D'AMÉLIORATION

*Pour créer un excellent état de santé, il faut créer de grands centres de soins de santé. L'amélioration commence dans notre volonté mais, pour arriver à une amélioration, nous avons besoin d'un changement systémique, un modèle d'amélioration assez vaste pour saisir les caractéristiques des systèmes de prestation qui mettent l'accent sur l'importance des processus alors que d'autres focalisent et mettent l'accent sur les résultats. [Traduction]*

— Berwick, 1996

Un modèle simple et élégant pour arriver à des changements qui se traduisent par des améliorations a été formulé. Le modèle comprend trois questions élémentaires et un quatrième élément décrivant un cycle de mise à l'essai des innovations.

1. *Qu'est-ce que nous essayons d'accomplir?* L'amélioration doit être intentionnelle; il est crucial d'avoir des buts précis.
2. *De quelle façon saurons-nous si un changement mène à une amélioration?* L'amélioration ne peut pas agir sans mesure; il s'agit d'une mesure effectuée pour les besoins de l'apprentissage.
3. *Quels changements devrions-nous faire qui produiront, selon nous, une amélioration?* Cette question touche à la loi centrale de l'amélioration. Les nouveaux objectifs demandent des changements de systèmes. Il est essentiel de déterminer les changements prometteurs et d'éviter les changements inutiles (Berwick, 1998, Nelson et coll., 1998).

### DEUX CÔTÉS DE LA MÊME PIÈCE



La mesure et l'amélioration sont les deux côtés de la même pièce de monnaie. Les connexions sont évidentes dans le modèle d'amélioration.

Le cycle PEEA (planifier, exécuter, étudier, agir) décrit essentiellement l'apprentissage inductif — l'augmentation des connaissances en effectuant des changements, puis en réfléchissant sur les conséquences de ces changements. Les chercheurs scientifiques sont familiers avec l'apprentissage inductif, mais ce genre de cycles d'action et de réflexion formels ne se retrouve habituellement pas dans les tâches quotidiennes. Ce modèle suggère qu'entreprendre la mise à l'essai du changement dans des cycles informatifs devrait faire partie de l'activité quotidienne normale de toute organisation.

### Défis

Il n'est pas facile pour les dirigeants ayant l'intention d'apporter des changements productifs. Quatre étapes simples – établir les objectifs, définir les mesures, trouver des idées de changement prometteuses et mettre ces idées à l'essai dans de vrais milieux de travail – « défient ce qu'il y a de mieux et repoussent plusieurs présomptions profondément ancrées » (Berwick, 1996) [Traduction].

### ÉLÉMENTS MENANT AU PROGRÈS

*« Il est habituellement plus facile de défendre le statu quo que de le changer. »*

1. **But.** Les auteurs de l'amélioration compétents répondent à la question : « Qu'est-ce que nous tentons d'accomplir? » Ils ne regardent pas l'amélioration comme un accident; ils la veulent.
2. **Mesure.** Les auteurs de l'amélioration compétents répondent à la question : « De quelle façon saurons-nous si un changement est une amélioration? » S'ils apprennent à jouer au golf, ils regardent la trajectoire de la balle. S'ils souhaitent réduire les coûts sans nuire aux malades, ils surveillent de près les coûts et les torts causés.
3. **Idées de changement.** Les auteurs de l'amélioration compétents déterminent des solutions de rechange plausibles au statu quo. Ils répondent à la question : « Quel changement pouvons-nous essayer qui, selon nous, produira une amélioration (comme le définissent le but et la mesure)? » Ils n'ont pas qu'une seule source d'idées, ils en ont plusieurs, dont de bonnes théories, les observations d'experts, les communications avec d'autres, l'analyse de leur propre histoire et la capacité de récolter les idées des autres, comme celles des employés, des partenaires et des gens qu'ils servent.
4. **Mise à l'essai.** Les auteurs de l'amélioration compétents agissent rapidement pour mettre à l'essai les vrais changements sur une petite échelle, puis adaptent leurs interventions selon ce qu'ils ont appris de ces essais.

(Adapté de Berwick et Nolan, 1998)



Les dirigeants ne peuvent pas seulement « autoriser » les gens à découvrir de meilleures façons de travailler. En pratique, la population active apporte rarement un nouveau concept plus audacieux que celui que les dirigeants mettent sur la table comme solution de rechange au statu quo (Berwick, 1996).

La science dans le cycle PEÉA se situe dans l'acte de réflexion, dans l'apprentissage à partir de ce qu'on a fait.

## MESURE



De quelle façon peut-on savoir si un changement se traduit par une amélioration? La réponse est courte et simple : recueillez certaines données sur les réalisations de base, représentez graphiquement les données sur une période de temps (de préférence sur un graphique de contrôle de processus), commencez un essai de changement et regardez si la charte de contrôle montre une amélioration significative après le point de départ du changement (Nelson et coll., 1998).

### *Utilisez les données pour appuyer l'amélioration*

Voici quelques approches concernant l'utilisation de données pour effectuer une amélioration :

- Commencez en manifestant de la curiosité à l'égard du produit final ou en ayant besoin d'améliorer les résultats.
- Proposez des solutions pratiques orientées vers l'objectif et assez bonnes pour démarrer.
- Recueillez les données de base sur un petit échantillon et vérifiez les conclusions.
- Essayez de changer et d'améliorer le procédé de prestation tout en recueillant des données.
- Représentez graphiquement les résultats sur une période de temps et analysez-les à l'aide d'une charte de contrôle ou une autre technique graphique.
- Raffinez votre compréhension de la variation des processus et des résultats en divisant les malades en sous-groupes cliniques homogènes (stratification) et en analysant séparément les résultats de chaque groupe.
- Faites d'autres changements tout en mesurant les résultats clés sur une période de temps (Nelson et coll., 1998).

En changeant le système de soins, cinq principes peuvent aider à orienter l'investissement d'énergie :

1. Focalisez sur les expériences d'intégration, pas seulement sur les structures.
2. Apprenez à utiliser une mesure d'amélioration, pas une mesure de jugement.

... pour réaliser  
une amélioration,  
il nous faut une  
méthode de  
changement  
systémique...  
(traduction).

3. Élaborez de meilleures façons d'apprendre des autres, et ne faites pas que découvrir les « meilleures méthodes ».
4. Réduisez les coûts totaux, pas seulement les coûts locaux.
5. Entrez en compétition avec la maladie, pas entre vous. (Berwick, 1994, 1996)

## AMÉLIORATION DES SYSTÈMES

Parmi les domaines particuliers de connaissance pertinents à l'amélioration des systèmes, mentionnons :

1. Le système. La nature d'un système est le concept d'organisation important pour une approche efficace de l'amélioration (Nolan, 1998).
2. Mesure. La réussite d'une amélioration requiert qu'il soit facile de mesurer les progrès vers les objectifs, les besoins et l'état du malade et des autres consommateurs de soins et les caractéristiques locales du processus pouvant être reliées aux objectifs (Nelson et coll., 1998).
3. Leadership. Organiser l'amélioration d'un système dépend d'un leadership efficace et d'une compréhension aiguë chez les cliniciens, des raisons pour lesquelles ils peuvent aider les dirigeants organisationnels et de la façon dont ils peuvent le faire (Reinertsen, 1998).
4. Essais de changement. Le modèle d'amélioration demande des essais de changement d'action, connus dans le domaine de l'amélioration de la qualité comme le cycle « planifier, exécuter, étudier, agir » (Berwick et Nolan, 1998).
5. Collaboration. Parce qu'un rendement de système est étroitement lié aux interactions et aux interdépendances, une amélioration efficace demande un degré élevé de collaboration (Clemmer et coll., 1998).



# REFONTE DE L'ORGANIZATION



3e PARTIE



## *Vue d'ensemble*

*La refonte d'une organisation présente bon nombre de facettes de gestion de la qualité : le leadership, la culture, l'apprentissage, les équipes et l'habilitation. Elle met en évidence une philosophie et une pratique de gestion fondées sur des principes d'amélioration continue de la qualité, les intégrant pour fournir une conception qui servira de guide aux organisations de soins de santé pour progresser dans le nouveau millénaire.*



### **CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISATIONS EXCEPTIONNELLES**

- ☒ Concentration intense et constante sur les besoins de la clientèle
- ☒ Conception et gestion explicites des procédés et des systèmes
- ☒ Utilisation étendue des renseignements pour effectuer un suivi du travail et des résultats
- ☒ Importante participation de l'employé dans la conception, la révision et l'amélioration du travail
- ☒ Vaste compréhension des stratégies organisationnelles clés, y compris les répercussions sur les unités opérationnelles
- ☒ Attention constante de la part de la direction concernant la définition et la communication des objectifs et des stratégies de l'organisation, le soutien de la culture de communication ouverte et le réajustement d'activités variées

(Adapté de Kinney et Gift, 1997)

# LEADERSHIP

*Le but principal du pouvoir n'est pas de l'utiliser, mais bien de le partager. Il se développe une sorte de pouvoir spécial lorsque ce dernier est partagé au lieu d'être utilisé.*

[traduction]

— DePree, 1999

## LEADERSHIP : VERS LE PROCHAIN SIÈCLE



Le besoin de leadership dans les soins de santé continue d'être crucial pour l'avenir de notre système de soins de santé. Quel genre de leadership nous faut-il pour nous mener vers le nouveau millénaire?

Il est évident qu'au XXI<sup>e</sup> siècle une nouvelle façon de diriger ne veut pas dire la même chose que par le passé. Plusieurs dirigeants revoient leur philosophie et modifient

leur comportement afin de rejoindre cette nouvelle ligne de pensée.

De nos jours, les dirigeants des organisations de soins de santé font face à un ensemble de défis sans précédent. Le public est inquiet au sujet de notre système de soins de santé actuel et croit qu'il faut lui apporter d'importantes modifications. Les dirigeants doivent réajuster les aspects fonctionnels et structurels de l'organisation pour répondre aux nouvelles exigences des soins de santé. La gestion traditionnelle de hiérarchies, de politiques et de lignes directrices, menée par le fournisseur plutôt que par le client, doit être remplacée par des organisations dynamiques et alertes afin de respecter les besoins évolutifs des malades, des collectivités et des prestataires de services de soins de santé.

Pour arriver à une vision et à une stratégie totales de gestion de la qualité à l'ensemble de l'organisation, les dirigeants doivent apprendre la façon de concevoir des organisations capables d'engendrer et de gérer les changements. Les demandes de gestion de la qualité font en sorte que chaque membre de l'organisation se concentre sur les processus, les besoins de la clientèle, l'investissement dans les gens et l'élaboration de nouvelles connaissances, aptitudes et approches innovatrices. Un leadership ayant cette vision permet à l'organisation de travailler.

### *Pratiques des dirigeants*

Kouzes et Posner, coauteurs de l'ouvrage intitulé *Leadership Challenge* (1996), mentionnent une recherche convaincante pour démystifier l'idée voulant que le leadership n'est pas une position mais un processus. Ils défendent le fait que le leadership est un ensemble de pratiques observables et assimilables. Ces pratiques comprennent les éléments suivants : défier le procédé; inspirer une puissante vision; permettre aux autres d'agir; modéliser l'orientation et encourager le cœur.

- *Défier le processus*

Défier le processus signifie défier le statu quo pour permettre aux gens et à l'organisation de s'améliorer. Cet élément comporte un risque et permet aux autres des possibilités semblables, sinon supérieures.

- *Inspirer une vision*

Inspirer une vision partagée est un attribut vital qui aide le dirigeant à stimuler les autres à faire le travail. Il rend possible ce qui peut l'être. « Les dirigeants ne peuvent pas ordonner un engagement, ils ne peuvent que l'inspirer. »

- *Permettre d'agir*

Les dirigeants permettent aux autres d'agir. Pour causer et rendre possibles les changements nécessaires dans les organisations actuelles et encore plus complexes de soins de santé, les gens doivent avoir l'impression qu'ils y font partie et qu'ils sont capables de réaliser des changements et des réajustements. La clarté de la vision et des valeurs fournit le cadre d'habilitation des autres.

- *Modéliser*

Les dirigeants renforcent le sens de « servir les autres ». Cet élément constitue un fondement pour habilitier les autres. Le fait, pour les dirigeants, de *modéliser l'orientation* est perçu comme un engagement. Les gens remarquent que le dirigeant dirige. Les dirigeants se voient comme des exemples à suivre, ils respectent leurs engagements et en demandent autant des autres. En étant concentrés et disciplinés, les dirigeants modélisent l'orientation en donnant l'exemple et en effectuant leurs tâches de façon spécialisée.

- *Encourager le cœur*

Encourager le cœur veut dire avoir une passion pour ce que l'on est, pour ce qu'on s'efforce de faire et pour ce que signifie l'organisation. Cet élément donne vie et souffle à une entité organique – la vision d'une nouvelle organisation. Kouzes et Posner mentionnent aussi un besoin de satisfaction et d'amour pour son travail.

## LE RÔLE DES DIRIGEANTS

Le défi de diriger une organisation dans un voyage d'amélioration de la qualité demande des connaissances et des aptitudes importantes et souvent un changement d'attitude. Le rôle du dirigeant est vital à la réussite.

*L'art de diriger une amélioration exige du dirigeant de posséder la capacité de penser aux nombreuses combinaisons de gens, de processus, de clients, de fournisseurs et autres facteurs dans un système et la façon d'intégrer ces ingrédients pour aider l'organisation à atteindre son but, ses objectifs stratégiques ou sa vision. Les dirigeants capables de penser globalement, de communiquer et de persuader les autres peuvent accélérer l'amélioration dans leur organisation. Chaque dirigeant devra adapter ce rôle à son style, à sa situation et à ses prédispositions. Jouer ce rôle exige une théorie, une vision, une volonté personnelle et un plan pratique. [traduction]*

— Langley et coll., 1996

### *Les dirigeants encouragent l'apprentissage*

Les organisations qui réussiront le mieux à l'avenir (Senge 1990, Senge et coll., 1999) seront celles qui s'engagent inlassablement dans l'apprentissage, qui ont la force de résoudre d'anciens problèmes et qui développent la confiance en elles et envers les autres. Pour les dirigeants d'aujourd'hui, la mise en application d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité leur demande, chez chaque membre de l'organisation, une soif insatiable d'apprendre. Afin de mieux faire son travail et de refléter, par son comportement, une amélioration de la qualité, le dirigeant doit « désapprendre » certaines des attitudes de gestion les plus élémentaires provenant du passé.

Les styles traditionnels de leadership « de commande et de contrôle » de l'ère industrielle font aujourd'hui place à des approches plus appropriées à l'économie fondée sur la connaissance et au concept d'organisation intelligente.

L'organisation de l'avenir exige une culture dans laquelle :

- l'apprentissage est une constante;
- l'encadrement et les commentaires sont intenses;
- la croissance, le rendement et l'estime de soi sont appuyés. (Sethi, 1997)

L'ACQ indique que l'organisation est autorisée à « croître ». Le modèle parent-enfant fait place à des relations plus profitables mutuellement et mettant l'accent sur la collégialité et la collaboration. Il ne doit pas y avoir de « secrets » ni de soi-disant dirigeants qui décident si le personnel peut « traiter des choses difficiles ». L'organisation doit à la fois apprendre, désapprendre et enseigner.

Les dirigeants se libèrent pour être encore plus au service de l'organisation et moins égocentriques. Se concentrer sur ceux qui sont servis, au cœur de l'ACQ, présuppose le modèle « dirigeant-serviteur ». Cette forme de leadership aide l'organisation à arriver aux changements systématiques nécessaires pour mettre en application l'ACQ. Le dirigeant focalise la vision.

Block (1993) et Hunter (1998) encouragent la gérance comme le nouveau fondement du leadership : « La volonté de rendre compte du bien-être de toute l'organisation en opérant dans le service plutôt que dans le contrôle des gens qui nous entourent. La valeur sous-jacente est l'approfondissement de notre engagement à rendre service. » (Block, 1993)

### *Les dirigeants comprennent le changement*

*La résistance au changement la plus importante vient peut-être du fait que les dirigeants doivent examiner leurs propres décisions et comportements antérieurs pour entraîner un changement... Psychologiquement, il est très difficile pour les gens de changer lorsqu'ils ont participé à la création du problème qu'ils tentent de résoudre. [traduction]*

— Tichy et Devanna, 1986

Pour quelles raisons nos organisations de soins de santé doivent-elles procéder à des changements? Quelle est la différence entre aujourd'hui et demain? Pour quelles raisons la structure, les stratégies et les techniques de leadership de gestion et d'organisation ne fonctionneront-elles pas dans le système de soins de santé de l'avenir? Au fur et à mesure que l'on apprend, crée ou acquiert de nouvelles connaissances, elles sont appliquées au travail quotidien. Cela indique souvent qu'il est peut-être nécessaire de procéder à un changement mineur ou majeur. Le personnel acquiert la capacité de répondre à un milieu changeant et s'adapte continuellement aux besoins de la clientèle (malade, résident, consommateur). Le changement signifie que l'on doit changer de façon inimaginable. Il s'agit du début de l'amélioration du processus visant à atteindre l'utilisation optimale des ressources et l'adresse essentielle pour affecter la façon à laquelle les organisations peuvent répondre à tous les niveaux — du macroniveau jusqu'au microniveau.

Le genre de leadership qui stimule une vision comporte un risque implicite. Il est impossible de diriger ou d'améliorer sans prendre de risque. Même les changements positifs créent de l'incertitude et de l'anxiété. Comme le mentionne Barker (1992), les êtres humains recherchent instinctivement à créer des modèles reconnaissables dans tous les aspects de la vie pour que cette dernière ait une certaine constance. Lorsque des modèles établis sont défiés ou ne sont plus efficaces, personne ne sait exactement où les changements conduiront, et la peur s'installe. La réaction à court terme des gestionnaires devant ce genre de stress pourrait les inciter à trouver une « solution miracle » ou jouer au héros; Deming (1986) fait cependant remarquer qu'il est impératif que les dirigeants assurent une « constance du but » et ne sautent pas d'un problème à l'autre, d'une stratégie à l'autre, s'ils souhaitent que l'organisation se replace vers une culture d'amélioration continue de la qualité.

### COMPÉTENCES

*Quelles compétences doivent posséder les dirigeants de soins de santé pour qu'ils puissent changer les systèmes ? Une étude nationale du forum sur les soins de santé (Bridging the Leadership Gap in Healthcare) a déterminé les six compétences et valeurs les plus importantes et les plus nécessaires pour l'avenir :*

- *Maîtriser le changement;*
- *Avoir une pensée systématique;*
- *Avoir une vision partagée;*
- *Amélioration continue de la qualité;*
- *Redéfinir les soins de santé*
- *Servir le public/ la collectivité*

— Magnan et al, 1998

### *Les dirigeants partagent le pouvoir*

Il faut donner aux gens de chaque palier de l'organisation plus de possibilités d'utiliser leurs aptitudes, leurs talents et leur créativité de façon à permettre aux organisations de devenir plus efficaces dans la création d'une nouvelle vision, l'atteinte des objectifs, la résolution de problèmes et le service aux autres. Le mot « habilitation » est perçu avec cynisme dans plusieurs milieux organisationnels, où il veut dire « faire en sorte que les employés exécutent les tâches de votre façon en croyant qu'ils les font de leur façon » — c'est-à-dire lorsque l'habilitation sert à manipuler plutôt qu'à faciliter. Les dirigeants doivent plutôt habiliter les autres dans le sens le plus profond et le plus honnête du mot. Cela demande des changements fondamentaux dans la façon dont la gestion a traditionnellement regardé le sujet du pouvoir. La notion de pouvoir doit



*« Un style de gestion d'habilitation va créer plus de changements, d'initiatives et d'engagements, mais aussi des comportements imprévisibles. Les dirigeants doivent mesurer les bénéfices de l'habilitation contre les imprévues d'un style de grand contrôle. Parler d'habilitation et pratiquer le contrôle va souvent créer du cynisme. » [Traduction]*

— Covey, 1991.

être remplacée par une compréhension qui précise que, étant donné les vrais objectifs, les vrais renseignements, les vraies aptitudes et les valeurs mutuellement acceptées, chaque membre de l'organisation joue un rôle vital pour aider l'organisation à atteindre ses objectifs. Servir les autres est un but vital sous-jacent pour habilitier les autres.

---

*Diriger est la question. Malheureusement, plusieurs d'entre ceux qui détiennent des postes de leader croient que leur rôle est de protéger leur organisation contre les forces du changement. Le dirigeant efficace, d'autre part, embrasse ces forces pour modifier positivement leur organisation. Ils sont les architectes d'un nouvel avenir amélioré et ils doivent être félicités et appuyés.*

Don Schurman  
Président-général  
Alberta Mental Health Board  
Edmonton (Alberta)

---

### ***Les dirigeants appuient leur équipe***

Les équipes constituent une composante vitale à la réussite de l'ACQ. Pour que les équipes soient efficaces, il doit y avoir un paradigme organisationnel allant d'une concentration sur la hiérarchie et l'individu à une concentration sur les systèmes (Scholtes, 1995; Baker, 1995; Hassen, 1993; Senge et coll., 1994).



Les dirigeants doivent maintenant se concentrer sur une approche de systèmes. La tendance vers une concentration sur les systèmes demande une mentalité de « clientèle » dans laquelle divers systèmes dépendent les uns des autres. Les équipes deviennent des participants au système et des gardiens du système, au service des besoins des clients. Deming (1986, Juran (1988, 1989, 1994) et autres grands experts insistent sur le fait que presque tous les problèmes sont causés par les insuffisances des systèmes. Les organisations doivent s'empresse d'établir des systèmes et des processus fonctionnels, permettant aux équipes de mieux respecter les besoins des clients (Lumb et coll., 1999).



### Réseaux

Au cours du dernier siècle, on a utilisé la pyramide comme symbole organisationnel de la structure, du contrôle, du statut et de la bureaucratie. Les symboles utilisés de nos jours sont les réseaux et les toiles d'araignée, accompagnés de descriptions comme les équipes à rendement élevé ou ad hoc, et les procédés horizontaux.

« L'image fluctuante de l'organisation se trouve moins dans la morphologie et la structure et plus dans le concept des capacités. » (traduction) (Ulrich, 1997).

Ulrich soutient que les capacités critiques de l'avenir sont les suivantes :

- l'établissement d'une attitude ancrée;
- la réembauche des employés;
- la création de capacités de changement;
- la maîtrise de l'apprentissage rapide.

### Les dirigeants créent une culture

*Les modèles contemporains d'amélioration de la qualité comme l'amélioration continue de la qualité et la gestion totale de la qualité raccordent les dirigeants aux processus de qualité de leur organisation en mettant l'accent sur les rôles des dirigeants dans la promotion de la qualité comme valeur organisationnelle, l'établissement d'objectifs de qualité significatifs et l'utilisation active pour améliorer l'efficacité organisationnelle. [traduction]*

— Yank, 1995

Pour les organisations de soins de santé, accomplir l'amélioration continue de la qualité indique l'élaboration d'une vision partagée qui s'élève contre les anciens paradigmes, lesquels, dans la plupart des situations, créent de nouvelles cultures organisationnelles. La culture forme en partie la façon dont le travail se fait et établit les « règles ». Plusieurs de ces règles sont non écrites, non officielles et tenues pour acquises comme « la façon de faire les choses ici ». Elles sont donc particulièrement difficiles à changer.

Étant donné que l'ACQ ne veut pas simplement dire processus de rationalisation, mais aussi modification fondamentale de la façon de faire le travail, nous devenons donc conscients des anciens paradigmes, nous les dénonçons et nous modifions ou transformons plusieurs d'entre eux. Une vision exprimée dans le contexte des valeurs d'une organisation permet aux gens de déplacer leur façon de penser en créant la culture de l'organisation. Les dirigeants doivent créer avec passion une culture de changement dans l'organisation - changement qui créera un avenir dynamique. Cela demande non seulement d'inspirer les dirigeants, mais aussi d'établir des objectifs et de mettre en application des plans d'amélioration de façon à entraîner l'engagement d'un groupe tout entier dans la poursuite du but de l'organisation. Si le personnel subalterne ne croit pas en l'avenir décrit pour l'organisation, il lui sera impossible de concentrer ses énergies. Le développement et les soins culturels constitueront peut-être les dimensions organisationnelles les plus cruciales au succès de l'organisation dans le prochain millénaire.

Sethi (1997) croit qu'il n'y a pas de différence entre la création d'une culture organisationnelle qui appuie et cultive la confiance en soi et la création d'une culture qui appuie et cultive le rendement élevé. Il mentionne qu'une organisation doit mettre en application au moins sept politiques de base si elle souhaite arriver à une culture à rendement et à confiance en soi élevés. Sethi propose les sept éléments suivants pour décrire les caractéristiques retrouvées dans ce genre de culture :

- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 1. Respect                        | 5. Relations          |
| 2. Responsabilité et ressources   | 6. Imitation de rôles |
| 3. Prise de risque                | 7. Renouvellement     |
| 4. Récompenses et reconnaissances |                       |

### *Les dirigeants sont intègres*

Le dirigeant possède un niveau de connaissance de soi élevé, de la candeur, de la maturité et de la confiance (Bennis, 1989). Les dirigeants tiennent leurs promesses et leurs engagements, et il existe un sens du respect chez tous ceux qui travaillent dans l'organisation. En raison de l'incertitude, de la confusion et de l'anxiété qui accompagnent inévitablement tout changement important, il est primordial que les

dirigeants gardent stables les valeurs centrales de l'organisation durant les réorganisations importantes. Afin de traiter des nombreux imprévus et virages se produisant pendant l'intégration de l'amélioration de la qualité dans une culture organisationnelle, le personnel doit avoir confiance en la fiabilité et en la constance des dirigeants en ce qui concerne les valeurs et les buts de l'organisation.

*« La persuasion demande de la crédibilité, de la persistance et une capacité exceptionnelle pour décrire la différence ( en termes personnellement intelligibles à chaque participant) entre le statu quo et l'état souhaité dans l'avenir ».*

— Reinertsen, 1998

### *Les dirigeants inspirent une vision*

Un des commentaires les plus convaincants de Warren Bennis est sa description du visionnaire dans *On Becoming a Leader* (1989); il le voit comme quelqu'un qui « soulève les gens hors de leurs mesquines préoccupations ». Il ne veut pas dire qu'il faut ignorer la réalité actuelle ou les questions qui préoccupent les gens; une vision nous permet cependant de regarder au-delà de l'immédiat et de nous concentrer sur l'avenir. Une vision nous donne le rêve, les moyens et la volonté de « gérer le rêve ». Un dirigeant efficace est vital à l'élaboration d'un sens de l'avenir qui pousse l'organisation au-delà de ses capacités actuelles; il produit toutefois une vision qui est perçue comme réalisable plutôt qu'une vision qui demeure simplement dans le domaine de l'idéalisme. Il est impératif de focaliser l'harmonisation de la stratégie d'ACQ sur la vision, les buts et les objectifs de l'organisation.

« Une vision qui n'est pas suivie d'une action n'est qu'un rêve. Une action sans vision ne sert qu'à écouler le temps. Une vision accompagnée d'une action peut changer le monde. »

— Barker, 1992

L'une des principales fonctions de l'équipe de dirigeants est d'accomplir l'harmonisation de façon à permettre à l'organisation de réaliser sa vision partagée. L'équipe se concentrera sur les « fonctions de direction » de l'organisation : clarifier une vision, élaborer des principes directeurs et adapter de façon continue la stratégie, la structure, la culture et les aptitudes de l'organisation selon les commentaires reçus grâce à des méthodes très actives (Drucker, 1997).

### *Les dirigeants communiquent*

Une culture organisationnelle d'amélioration de la qualité demande à ses dirigeants de comprendre les besoins des clients externes et de faire les améliorations internes nécessaires pour respecter ou dépasser les besoins des clients. Les changements exigent toujours une plus grande efficacité de la stratégie de communication de l'organisation. Communiquer constamment avec le personnel donne l'assurance que celui-ci comprend le processus et les résultats lui fournissent la stabilité qu'il recherche pour traverser un changement continu. Le personnel se doit d'être un partenaire dans la création d'un réseau de communication qui garantit que chaque section comprend l'autre, afin d'améliorer les soins et le service. Une communication efficace indique clairement le degré d'unité que l'organisation a réalisé. Il est important d'élaborer et d'utiliser des stratégies et des méthodes de communication multiples et diversifiées. Le gestionnaire ou le dirigeant immédiat du personnel est peut-être perçu comme le meilleur moyen de communication. Les études confirment encore et toujours qu'une communication face à face avec le « surveillant » est le mécanisme le plus puissant.

Le changement exige une orientation. Le dirigeant a le rôle de fournir cette orientation en reconnaissant et en communiquant le but de l'organisation. *«Le but de l'organisation est la raison d'être de l'organisation, le besoin qu'elle remplit dans la société.»* (Langley et coll., 1996)

La constance du but est le premier des quatorze points de gestion de Deming et celui qu'il souligne comme étant le plus important. Pour qu'une organisation fonctionne comme un système, tous ses membres doivent être au courant du but de l'organisation et de la façon dont leur travail aide à réaliser ce but. L'élaboration et la communication d'un énoncé de but formel procure une compréhension commune; c'est un des rôles et une des obligations des dirigeants de l'organisation.

*« La plupart des dirigeants pourraient communiquer dix fois plus leur vision du changement. Et les efforts déployés pour faire passer le message appartiennent à la catégorie la moins convainquante – les discours et les notes de service. Une vision efficace du changement doit contenir non seulement de nouvelles stratégies et structures mais aussi de nouveaux comportements alignés. »s.*

— Kotter, 1999

## LEADERSHIP DES CADRES DE DIRECTION

*Le vrai rôle du leadership des cadres de direction n'est pas de « pousser les gens à changer », mais bien de créer des environnements organisationnels qui inspirent, appuient et vont chercher l'imagination et l'initiative existant à tous les niveaux.*

### *Conception*

*Les cadres dirigeants sont des concepteurs en raison de leurs responsabilités uniques dans les structures officielles des organisations – comme les infrastructures de mesure, d'évaluation et de gratification du rendement, les structures officielles de régie et les infrastructures qui soutiennent des collectivités de formation. Une bonne conception ne créera ni engagement ni innovation, mais une mauvaise conception ne les empêchera certes pas. Si les cadres dirigeants n'aident pas à respecter les défis de la conception officielle, les possibilités d'émergence en seront limitées et les innovateurs de toute l'entreprise seront continuellement frustrés.*

### *Mentor*

*Comme des enseignants, les cadres dirigeants conseillent les dirigeants locaux, les guidant surtout dans leurs interactions avec les dirigeants des autres équipes. Cet élément est vital pour respecter les défis « de ceux qui croient et de ceux qui ne croient pas » et en traitant des éventuels conflits de pouvoir que peut apporter le défi de la régie interne.*

### *Modèle*

*Les cadres dirigeants efficaces servent de modèles. Ils peuvent concrétiser un authentique engagement au changement en donnant l'exemple de « donner le ton », en s'efforçant de transformer le fonctionnement des équipes de haute direction et en démontrant un authentique engagement envers les valeurs et le but. De cette façon, le rôle symbolique des cadres comme gardiens de la contribution à long terme de l'organisation peut être aussi important que ce qu'ils font.*

— Senge et coll., 1999



## CULTURE ORGANISATIONNELLE

*Il est difficile de définir une culture et il l'est encore plus de la mesurer; nous pouvons toutefois la ressentir. ... Nous pouvons accomplir bon nombre de réalisations avec l'organisation officielle pour changer la façon de regrouper les gens, de définir leur emploi et de concevoir leurs responsabilités. ... Dans la même veine, si nous observons des principes acceptables - équité, relations humaines, ressources humaines et sens - et si nous intégrons ces principes dans la structure et les systèmes, nous pouvons grandement influencer la culture. [traduction]*

—Covey, 1991

### LE BESOIN D'UNE CULTURE AXÉE SUR LA QUALITÉ



Une culture est la vision, les valeurs, les normes, les styles de leadership, les comportements interpersonnels et les attentes ou les normes comportementales d'une organisation. La façon dont sont conçus les systèmes d'autorité, de responsabilité, de gratification et de primes d'une organisation dictera le comportement de la plupart des gens et influencera directement la culture de l'organisation.

L'importance d'une culture organisationnelle n'est pas nouvelle (Holman, 1995). En 1967, Peter Drucker a observé que « l'élaboration de l'efficacité de la haute direction défie les orientations, les objectifs et les buts de l'organisation. Elle ouvre les yeux des gens préoccupés par leurs problèmes et leur fait voir une vision de possibilités ». Le Dr Deming (1986) a élaboré un système interdépendant de paradigmes, de processus et de procédures en quatorze points (annexe A) pour parvenir à une efficacité et à une qualité maximale de produit et de service pour les gens.

La documentation récente continue de mettre l'accent sur l'importance d'une culture. En 1997, Drucker a écrit : « L'organisation n'est pas simplement un outil, elle témoigne des valeurs. ... Elle se définit par les résultats particuliers de l'entreprise et, en même temps, elle définit ces mêmes résultats. » Roehm et Castellano (1997) suggèrent que la mise en application des quatorze points du Dr Deming dans un nouvel ordre procure un fondement solide pour effectuer un changement culturel.

*Les dirigeants ont la responsabilité d'assurer une culture de qualité.*

## LE DÉFI DU CHANGEMENT CULTUREL

Les organisations éprouvent des difficultés à changer, précisément parce que la culture ne peut être manipulée directement. Le défi est d'arriver à de nouvelles perceptions partagées des croyances et des valeurs qui sont au cœur d'une organisation.

### *Climat contre culture*

Une culture peut être changée en se concentrant sur un climat. Comprendre la différence entre un climat et une culture aide à établir les priorités.

### *Climat*

Le climat d'une organisation est, pour ses membres, sous-entendu. Les inférences sont organisées autour de deux points : la façon dont l'organisation fonctionne de jour en jour et les buts poursuivis par l'organisation. Les inférences des membres de l'organisation concernant le climat sont fondées sur les politiques, les pratiques, les procédures et les routines dont ils font l'objet, ainsi que sur les genres de comportements qui sont attendus, récompensés et appuyés.

Il existe quatre dimensions de climat clés. Les trois premières ont rapport à une fonction et la quatrième, aux objectifs :

- la nature des relations interpersonnelles;
- la nature de la hiérarchie;
- la nature du travail;
- l'accent sur le soutien et la gratification. (Schneider et coll., 1996)

## LE CHANGEMENT CULTUREL ET LES QUATORZE POINTS DE DEMING

*Les quatorze points remis en ordre sont :*

- *Créer une constance de but.*
- *Adopter la nouvelle philosophie.*
- *Instituer du leadership.*
- *Instituer de la formation.*
- *Encourager l'éducation.*
- *Abattre les obstacles.*
- *Éliminer les exhortations.*
- *Éliminer les cibles numériques arbitraires.*
- *Permettre la fierté du travail bien fait.*
- *Repousser la peur.*
- *Mettre fin aux contrats du plus bas soumissionnaire.*
- *Mettre un terme à la dépendance sur l'inspection générale.*
- *Améliorer chaque processus.*
- *Assurer l'engagement et l'intervention des cadres supérieurs.*

—Roehm et Castellano, 1997



*« Une culture peut être modifiée en dirigeant son attention sur le climat de travail. Celui-ci est révélateur des facteurs concrets qui produisent une culture, le genre de choses qui arrivent aux employés et à leur milieu et que ces derniers peuvent décrire. Le changement ne peut se produire et durer qu'en modifiant les politiques, les pratiques, les procédures et la routine quotidiennes, ayant par le fait même une répercussion sur les croyances et les valeurs qui guident les interventions de l'employé. »*

— Schneider et coll., 1996

### **Culture**

Une culture est une considération majeure et l'un des premiers impératifs du leadership. Elle a trait aux croyances et aux valeurs fermement implantées chez les membres de l'organisation. Elle réside à un niveau plus profond de la psychologie humaine que le climat. La culture reproduit une psychologie moins consciente, plus subtile du milieu de travail. Considérant que les politiques, les pratiques et les gratifications du climat sont observables, les croyances et les valeurs ne sont pas directement visibles.

Certains auteurs (Schneider et coll., 1996) suggèrent que se concentrer d'abord sur les facteurs de climat influencera en dernier ressort la culture d'une organisation. Communiquer de nouvelles valeurs et croyances demande de modifier les réalités — les milliers de choses qui définissent le climat et la vie quotidienne d'une organisation.

### **Cultiver les principes et les aptitudes**

Covey (1991) décrit un procédé transformationnel lent par lequel l'organisation cultive les principes et les aptitudes nécessaires pour catalyser l'amélioration de la culture. Miller (1997) reprend les pensées de Covey sur la transformation lente et le modelage de bons principes : « Pour changer une organisation, commencez avec les comportements, et en particulier avec le modelage des comportements souhaités chez les cadres supérieurs. Comprenez aussi que changer les attitudes sous les comportements prend plus de temps. » (traduction)

Les organisations qui ont réussi leur transformation l'ont fait en déplaçant avec succès la culture de leur organisation vers un comportement et une pensée qui reflètent la responsabilité personnelle, la reddition de comptes, le leadership et la gérance. Lorsqu'une organisation se défait de la peur, la créativité et l'innovation prospèrent. Lorsque les organisations et leur personnel se respectent, bâtissent une confiance et sont ouverts à l'apprentissage, ils se trouvent alors sur le chemin de la transformation.

## HARMONISATION DES COMPOSANTES CLÉS

L'harmonisation est la clé de la réussite d'une transformation organisationnelle — l'ajustement de la stratégie, de la structure, des aptitudes et de la culture de l'organisation. Il ne peut y avoir de transformation à moins que ces composantes ne soient harmonisées. (Quantum Solutions, 1998; Shortell et coll., 1995, Sluyter, 1996, Chowanec, 1994)

La stratégie consiste à maximiser les ressources et à harmoniser la structure, la culture et les aptitudes pour arriver aux résultats stratégiques recherchés et réaliser la vision de l'organisation.

Les résultats stratégiques qui propulseront l'organisation vers sa vision partagée sont les résultats particuliers, mesurables, réalisables, réalistes et temporels. L'élaboration d'une stratégie devient un processus de planification interactif, une prise de mesures optimales et un apprentissage à partir des réussites et des échecs.

La structure comprend la distribution du pouvoir et de l'autorité à l'intérieur de l'organisation et la façon dont les services de l'organisation sont organisés pour réaliser sa vision.

La structure est un peu comme l'ADN d'une organisation. Elle comprend la gérance, la façon de prendre des décisions, la façon de définir la reddition de comptes, la façon de réaliser l'habilitation, la façon de faire le travail, la diffusion de l'information à l'intérieur de l'organisation, la conception de systèmes de technologie de l'information qui soutiennent la stratégie de l'organisation et les récompenses et les primes qui indiquent les valeurs de l'organisation.

Deming mentionne que plus de 90 p. 100 des problèmes que vivent les organisations sont reliés aux systèmes, aux procédés, aux structures et aux primes qui font marcher les comportements et la pensée à l'intérieur des organisations. Si les composantes de structure de l'organisation sont alignées pour réaliser les résultats stratégiques recherchés, il y aura harmonisation entre la structure et la stratégie.

Les aptitudes sont le combustible qui propulse la stratégie, la structure et, en fin de compte, la culture d'une organisation. Les aptitudes de l'économie fondée sur la connaissance comprennent la pensée en fonction des systèmes, l'apprentissage en équipe, le dialogue, le cadrage et le recadrage, la réflexion, la gérance, la connaissance de la pensée moderne ou des outils de conception et la maîtrise personnelle. (*Managing Change*, 1998)

*Lorsque vous possédez une attitude d'interdépendance bien ancrée et les aptitudes nécessaires pour bâtir une synergie, vous créez inévitablement des structures, des systèmes et des processus. [traduction]*

– Covey, 1995

*Transformer la culture d'une organisation est la clé d'un changement durable.*

La culture, dont on a traité précédemment, doit être une priorité pour les dirigeants. La mise en application de l'ACQ au sein d'une organisation exige souvent un changement de comportement de la part de tout le personnel. L'éducation est essentielle pour le développement du milieu et pour l'acquisition de nouvelles compétences comme la communication, l'esprit d'équipe et la solution de problèmes.

Sluyter (1996) met l'accent sur le fait que la dimension culturelle est, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, le principal facteur affectant l'adoption de l'ACQ et du changement.

*Nous avons une puissante et constante obligation d'aider à faire en sorte que la qualité de vie au travail de nos employés aide à mettre en valeur leur caractère humain et crée une culture qui appuie et encourage la croissance et la créativité. [traduction]*

– Sluyter, 1996

## WINNIPEG COMMUNITY AND LONG TERM CARE AUTHORITY

*La Winnipeg Community and Long Term Care Authority (WCA) a été mise sur pied en 1998 en vertu de la Regional Health Authorities Act de la province du Manitoba. Le rôle de la WCA est de fournir avec succès l'intégration des services de prestation de soins de santé communautaires de Winnipeg par l'entremise de trois portefeuilles principaux : Soins communautaires et Santé publique, Soins à domicile et Santé mentale, et Soins de longue durée et Services spécialisés. La WCA se consacre à bâtir des soins de qualité pour l'avenir à Winnipeg.*

### **Vision, mission et valeurs**

Pour bâtir la qualité dans toute organisation, la qualité doit régner dans son âme. L'engagement de la WCA envers la qualité et son leadership de marque dans la conception et la régie de la prestation des services de santé de Winnipeg est incorporé dans ses énoncés de vision, de mission et de valeurs. En réalisant la vision de la santé au sein des collectivités dans Winnipeg, la WCA se concentre sur les besoins de chaque personne, famille et collectivité et facilite le développement et le bien-être local en fournissant, à domicile et dans les installations communautaires, un accès équitable à des services de santé intégrés.

—Suski, Hack et Heaman, 1999

## ORGANISATIONS ET APPRENTISSAGE

*Soutenir un processus de changement profond demande une modification fondamentale de la pensée. Il faut comprendre la nature des processus de croissance (les forces qui nous aident dans nos efforts) et la façon de les catalyser. Mais il faut aussi comprendre les forces et les défis qui nuisent au progrès et élaborer des stratégies pratiques pour gérer ces défis. Nous devons apprécier la « danse du changement », l'entrecroisement inévitable des processus de croissance et des processus contraignants.*  
[traduction]

—Senge et coll., 1999



### ORGANISATIONS INTELLIGENTES

Peter Senge (1990, 1999) décrit une organisation intelligente comme un groupe de gens qui mettent continuellement en valeur leur capacité de créer les résultats souhaités.

Charles Handy (1994) déclare que l'organisation intelligente devrait avoir deux significations : une organisation qui apprend et une organisation qui encourage l'apprentissage des personnes qui la composent.

Les initiatives les plus efficaces créent des environnements d'apprentissage en incorporant les trois éléments de base suivants (Senge et coll., 1999) :

- **Nouvelles idées d'orientation**

Le mouvement en matière de qualité tire sa force de l'idée d'orientation voulant que l'accroissement du niveau de la qualité ne signifie pas nécessairement l'augmentation des coûts; en fait, une baisse de la qualité et des coûts élevés peut découler de mauvais processus.

- **Innovations dans les infrastructures**

Il faut établir de nouvelles pratiques, politiques et ressources pour canaliser l'activité dans de nouvelles directions, dont de nouvelles structures de régie, de nouveaux véhicules d'échange d'information

d'un pays à l'autre, de nouveaux systèmes de mesure de la réussite et de nouvelles façons d'intégrer l'apprentissage et le travail.

- **Théories, méthodes et outils**

Ces éléments représentent des blocs de connaissances qui orientent une pratique efficace. Ils doivent être pratiques, permettre de travailler sur des questions importantes et avoir le potentiel de mener à des progrès significatifs en ce qui a trait à ces questions.

### *Imagination créatrice*

Une augmentation de la complexité et de l'interconnectivité exige que les organisations réexaminent les vieux problèmes (Senge et coll., 1999).

L'imagination créatrice est l'une des principales compétences qu'une organisation doit posséder pour satisfaire sa clientèle. L'imagination créatrice demande de penser dans une nouvelle direction, loin ou au-delà de nos modèles mentaux actuels (de Bono, 1992), vers certains nouveaux modèles (Higgins, 1994). Plsek (1995) soutient que des méthodes de direction de la créativité devraient faire partie des outils de base de la gestion de la qualité.

*Chaque organisation a besoin d'une compétence centrale :  
l'innovation. [traduction]*

— Drucker, 1995

## LEADERSHIP DANS DES ORGANISATIONS INTELLIGENTES

Les demandes d'amélioration de l'efficacité, d'une plus grande concentration sur le consommateur et d'une meilleure efficacité créent de nouvelles pressions sur le personnel et posent, semble-t-il, des dilemmes non conciliables pour les gestionnaires de services (Birleson, 1998).

### VISION PARTAGÉE

*Créer de l'espoir  
et des possibilités*

*Inspirer  
l'engagement*

*Communiquer  
une passion*

Les dirigeants d'organisation qui aspirent à un apprentissage continu doivent comprendre les processus d'apprentissage et agir de façon à appuyer le perfectionnement. Le rôle des dirigeants organisationnels est de créer les conditions essentielles à l'apprentissage. Ces approches se concentrent sur les traits ou les processus qui doivent être présents pour assurer l'apprentissage.



Senge prend une approche pragmatique et établit les compétences clés que les dirigeants doivent acquérir pour faciliter l'apprentissage organisationnel. Ces compétences comprennent un engagement envers la prise de conscience personnelle, la pensée en fonction des systèmes, l'élaboration d'une vision partagée avec le personnel clé ainsi que les aptitudes de groupe qui mettent en valeur l'apprentissage de l'équipe.

Les travaux de Senge empiètent considérablement sur ceux d'autres théoriciens organisationnels comme Block, qui met en valeur la gérance sur des modèles conventionnels de leadership, partenariat sur patriarcat, service sur intérêt personnel et habilitation des autres sur le cumul d'autorité. « Ce modèle de leadership vise à fournir des objectifs inspirants, à harmoniser les intérêts des travailleurs et de l'organisation, à fournir une direction et à mettre en valeur la motivation. » (Birleson, 1998)

Les questionnaires devraient encourager et récompenser les pratiques telles que la transparence, la pensée systématique, la créativité, l'efficacité et l'empathie personnelle. Garvin (1993) renforce l'idée que les organisations intelligentes possèdent des aptitudes de résolution systématique des problèmes, d'expérimentation, d'apprentissage à partir de leurs propres expériences et de celles des autres et de transfert de connaissances.

L'expérience d'un changement à la fois au niveau de l'organisation et à l'étendue du système appuie souvent le fait que les plus grands moyens de pression des systèmes peuvent se retrouver à l'intersection des composantes du système ou entre les groupes de personnes :

- entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins de longue durée;
- entre les systèmes de fournisseurs de services organisés verticalement;
- entre les silos départementaux;
- aux points de transfert des processus de travail. (Quantum Solutions, 1998)

*Les membres d'une organisation vraiment intelligente ont une bonne compréhension des critères à appliquer dans tout processus de prise de décisions. Ces critères doivent tenir compte des valeurs et des intérêts des preneurs de décisions, des responsables de la mise en application, de l'organisation et de toutes les parties intéressées. L'une des principales tâches de cet apprentissage consiste à apprendre le rapport entre les décisions prises, les critères choisis et l'incidence sur les parties intéressées. [traduction]*

— Miller, 1993



*Comme le dit si bien le biologiste chilien Humberto Maturana : « Chaque déplacement est entravé lorsqu'il se produit. » C'est une loi de la nature. Nous pouvons soit y collaborer ou la combattre. »*

- Senge et coll, 1999

### LES CINQ DISCIPLINES DE L'APPRENTISSAGE

Senge (1990, Senge et coll., 1999) recommande un ensemble de pratiques, les cinq « disciplines de l'apprentissage », pour bâtir les capacités d'apprentissage dans les organisations :

1. **Maîtrise personnelle** : Cette discipline d'aspiration comprend la formulation d'une image cohérente des résultats que les gens souhaitent le plus obtenir (leur vision personnelle) en plus d'une évaluation réaliste de leur vie actuelle (leur réalité actuelle). Apprendre à cultiver la tension entre la vision et la réalité peut élargir la capacité des gens à faire de meilleurs choix et à réaliser un plus grand nombre des résultats qu'ils ont choisis.
2. **Modèles mentaux** : Cette discipline d'aptitudes de réflexion et de recherche se concentre autour de l'élaboration d'une prise de conscience des attitudes et des perceptions qui influencent la pensée et l'interaction. En mettant continuellement en doute ces images intérieures du monde, en en parlant et en les reconsidérant, les gens peuvent augmenter leur capacité de régir leurs actions et leurs décisions.
3. **Vision partagée** : Cette discipline collective établit un point central sur un but mutuel. Les gens apprennent à nourrir le sens d'engagement d'un groupe ou d'une organisation en développant les images partagées de l'avenir qu'ils cherchent à créer et en établissant les principes et les méthodes d'orientation à l'aide desquels ils espèrent y arriver.
4. **Apprentissage d'équipe** : Il s'agit d'une discipline d'interaction de groupe. À l'aide de techniques comme le dialogue et la discussion adroite, les équipes transforment leur pensée collective, apprenant à mobiliser leurs énergies et leurs interventions pour réaliser des buts communs et se munir d'une intelligence et d'une capacité plus grandes que la somme des talents de chaque membre.
5. **Pensée axée sur les systèmes** : Dans cette discipline, les gens apprennent à mieux comprendre l'interdépendance et le changement et ainsi à composer de façon plus efficace avec les forces qui façonnent les conséquences de leurs interventions. La pensée axée sur les systèmes est fondée sur une accumulation de théories croissantes au sujet d'un comportement de commentaires et de complexité — les tendances innées d'un système menant éventuellement à la croissance ou à la stabilité. Des outils et des techniques comme des archétypes de systèmes et divers genres de laboratoires et de simulations d'apprentissage aident les gens à trouver la façon de changer les systèmes de manière plus efficace et d'agir plus en ligne avec les plus grands processus du monde naturel et économique.

### *Gestion des connaissances*

Comme dans plusieurs autres industries, les récents changements apportés aux soins de santé ont créé un environnement externe dans lequel les organisations « plus intelligentes » réussiront mieux que celles qui le sont moins, ce qui implique que les organisations de soins de santé qui réalisent des approches formelles à la gestion des connaissances peuvent détenir un avantage compétitif sur les organisations qui ne le font pas.

*Tous les membres de l'organisation doivent bâtir, exploiter et soutenir un mécanisme par lequel ils peuvent créer une culture d'apprentissage, de croissance et de formation pour réussir à recueillir et à appliquer leur sagesse collective.*  
[traduction]

— Brailer, 1999

Le thème central de la gestion des connaissances est la puissance et la réutilisation des ressources existant déjà dans l'organisation de sorte que son personnel recherchera les meilleures méthodes au lieu de réinventer la roue. Les organisations adoptent habituellement une ou plusieurs des approches de gestion des connaissances suivantes pour réaliser cet objectif :

- Saisir, entreposer, récupérer et transmettre des éléments de connaissance tangibles comme des droits d'auteur, des brevets et des permis.
- Recueillir, organiser et diffuser des connaissances non tangibles comme l'expertise professionnelle, la connaissance approfondie de soi et l'expérience personnelle ainsi que les solutions créatrices.
- Créer un environnement d'apprentissage interactif dans lequel les gens transfèrent et partagent facilement leurs connaissances, les intériorisent et les mettent en application pour créer de nouvelles connaissances. (Wah, 1999)

### DÉFINITION

**Gestion des connaissances :** 1. La méthode d'ajouter une valeur recevable à l'information en captant, en filtrant, en synthétisant, en résumant, en entreposant, en récupérant et en diffusant des connaissances tangibles et non tangibles. 2. L'élaboration de profils de connaissances sur mesure pour chaque personne afin qu'elle ait, au besoin, accès au genre d'information nécessaire. 3. La création d'un environnement d'apprentissage interactif où les gens transfèrent et partagent leurs connaissances et les mettent en application pour en créer de nouvelles.

La gestion des connaissances dans les sciences des soins de santé comprend un processus systématique conçu pour « acquérir, conserver, organiser, récupérer, afficher et transmettre les connaissances ». Pour le système de prestation de soins de santé en particulier, cette gestion peut se définir comme le processus par lequel une organisation est capable de :

- recueillir l'information sur sa façon de fonctionner;
  - évaluer l'information pour comprendre ce qui fonctionne ou non;
  - mettre l'information en application de façon à modifier ses processus.
- Pour gérer les malades de façon efficace et efficiente, un système de prestation doit exercer une prise de décisions de gestion constante et systématique. Une organisation doit posséder une approche bien conçue de la gestion des connaissances et une capacité générale d'acquérir l'information et de le mettre en application de façon à permettre à l'organisation de fournir des soins de qualité. La gestion des connaissances peut se diviser en trois composantes :

1. l'acquisition de preuves;
2. la transformation de l'information;
3. la mise en application des connaissances. (Brailer, 1999)

### APPRENTISSAGE DANS LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

Le cycle « planifier-exécuter-étudier-agir », méthode scientifique appliquée au travail qui repose au cœur de l'amélioration continue. Le cycle peut intégrer la théorie et l'intervention et constitue une nouvelle définition de la méthode scientifique d'application au monde du travail.

Le modèle d'apprentissage de la qualité de Langford et Cleary s'avère utile pour faire ressortir les principales caractéristiques de la façon dont un modèle d'amélioration peut fournir le fondement de l'enseignement des professions de la santé. Il faut modifier, dans les systèmes d'enseignement, le paradigme d'instruction vers un paradigme d'apprentissage, car la mission des maisons d'enseignement n'est plus simplement d'instruire, mais de *fournir un apprentissage*. Dans leur vision du paradigme d'apprentissage, ces auteurs voient le besoin de se concentrer sur les « résultats d'apprentissage » plutôt que sur une « prestation pédagogique » (Barr et Tagg, 1995).

« Le potentiel qui existe dans le fait de mettre le cycle PEÉA au cœur de l'apprentissage de l'enseignement des professions de la santé est énorme. Les facteurs contribuant à ce potentiel comprennent l'accent mis historiquement sur la méthode scientifique dans les soins de santé, la relation entre l'enseignement clinique et l'enseignement pratique, les récentes améliorations de notre capacité de définir et de mesurer les résultats en matière de santé, les nouvelles pressions en faveur des changements dans les soins de santé et dans l'éducation et les fonctions multiples compatibles du cycle PEÉA. » (Cleghorn et Headrick, 1996).

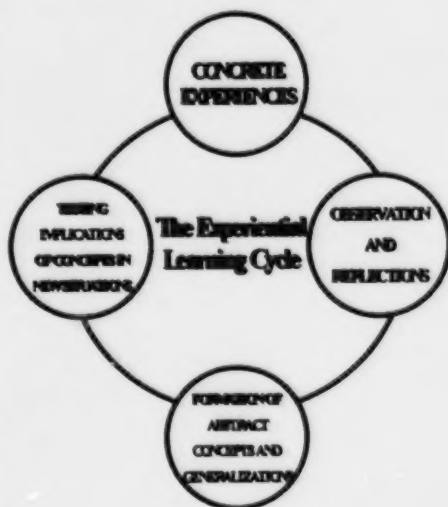
Langford et Cleary (1995) définissent de la façon suivante un contexte d'apprentissage de qualité pour mettre en valeur l'apprentissage :

*... la qualité est une nouvelle façon de voir et de penser au sujet de la relation même entre enseignant et stagiaire. Cette relation ... est encadrée dans un contexte fondamental comprenant des connaissances, des pratiques et des croyances qui les mettent en valeur et rendent l'apprentissage possible. Nous appelons ce contexte apprentissage de qualité, car il est profondément enraciné dans les principes fondamentaux de la gestion de la qualité totale... [traduction]*

Batalden (1996) pose les questions clés suivantes :

- De quelle façon l'enseignement des professions de la santé peut-il être mieux relié aux efforts d'amélioration des réalités quotidiennes?
- De quelle façon l'enseignement des professions de la santé et la préparation à ces professions peuvent-ils être élargis pour lier les buts visés pour le malade, la profession et la société?

## LE CYCLE D'APPRENTISSAGE



*« ...L'apprentissage peut être vu comme un processus dans lequel une personne vit directement quelque chose, non du fait d'autrui, doutant de l'expérience comme fait nouveau ou par rapport à d'autres expériences, élaborant certains concepts par lesquels on nomme l'expérience et utilisant les concepts dans des interventions ultérieures comme guides de comportement. À partir de ces quatre étapes, une personne réalise un nouvel ensemble d'expériences menant à une répétition du cycle d'apprentissage. »*

[traduction]

— Kolb, 1984

## ÉQUIPES

*Les employés veulent participer aux processus de prise de décisions qui les touchent. Ils veulent aider à résoudre les problèmes. [traduction]*

— Harrington, 1987

### ACQ ET LES ÉQUIPES



Le mouvement vers une amélioration continue de la qualité commence par l'engagement intransigeant des cadres supérieurs et du conseil de l'organisation. Il demande une vision axée sur l'action et un engagement à effectuer une transformation organisationnelle en définissant de nouveaux processus pour créer de meilleurs résultats.

Les interventions initiales des dirigeants de l'organisation peuvent réussir à motiver l'organisation vers une nouvelle vision. À long terme, cependant, la transformation profonde de l'organisation ne peut être soutenue sans la participation continue de plusieurs autres membres de toute l'organisation. Le mouvement vers une amélioration continue de la qualité doit permettre aux membres de l'organisation de travailler ensemble et encourager chacun à le faire, pour tenir un rôle actif et permanent à l'avenir.

#### *Équipe de travail traditionnelle*

La définition traditionnelle du mot « équipe » est un groupe de gens qui travaillent ensemble à la poursuite d'un but commun. L'application du concept d'équipe n'est pas nouvelle dans le domaine des soins de santé. Par exemple, des équipes hospitalières composées de médecins, d'infirmières et d'autres membres du personnel travaillent ensemble depuis longtemps pour fournir des soins aux malades et à leur famille. Dans les installations de soins de longue durée, les équipes de travail élaborent souvent des programmes interdisciplinaires pour respecter les besoins des résidents.



### *Équipe d'amélioration de la qualité*

En quoi une équipe d'amélioration de la qualité ou du processus est-elle différente? Cette approche favorise les équipes interdisciplinaires d'amélioration du processus formées selon les principes et les méthodes d'amélioration continue de la qualité :

- en se concentrant sur le respect et le dépassement des attentes des clients pour améliorer la qualité;
- en utilisant des stratégies pour habiliter le personnel à examiner les processus, à concevoir et à mettre en application des solutions.

### *Concentration sur les équipes interdisciplinaires*

Il est possible d'entreprendre un processus d'amélioration à tous les niveaux de l'organisation. Les équipes interdisciplinaires traversent souvent les frontières départementales traditionnelles et incitent les personnes de différents domaines à travailler ensemble pour améliorer le processus.

Selon le processus, les équipes concentrées sur l'amélioration peuvent compter parmi leurs membres les employés de différents secteurs. Chaque membre de l'équipe apporte un ensemble défini d'aptitudes et de connaissances. En regroupant les aptitudes, les talents et les connaissances de ses membres, l'équipe peut s'attaquer à des problèmes complexes et chroniques et élaborer des solutions efficaces par une compréhension mutuelle de tout le processus.

Les équipes de travail traditionnelles et les (nouvelles) équipes d'AQ formées pour réviser un certain processus ou problème tirent profit des méthodes d'ACQ.

## FORMATION ET SOUTIEN DE L'ÉQUIPE

Les organisations de soins de santé ont des potentialités considérables. Convenablement élaborées, des équipes formées peuvent permettre à une organisation d'améliorer de façon significative les processus de prestation des soins et des services. L'enseignement opportun des équipes et de chaque membre est crucial à la réussite du fonctionnement. (La partie 4 souligne les stratégies de formation évolutives pour les équipes et leurs divers membres.) Pour se rendre compte des avantages du travail d'équipe sur un effort individuel, il est essentiel de former les gens à participer en groupe.

### SOUTIEN DES ÉQUIPES D'AQ

- ☒ Faciliter le travail des équipes par des projets d'amélioration des processus, de l'encouragement et la surveillance de l'évolution de l'équipe.
- ☒ S'assurer que les employés sont conscients de tous les outils d'amélioration de processus qui existent et qu'ils les utilisent et les mettent en application sur une base quotidienne.

— Bissell, 1999

### *Participants*

On peut examiner différentes dimensions du fonctionnement efficace d'une équipe dans les positions des participants actifs de l'équipe. Scholtes (1988) décrit les quatre rôles suivants, qu'il définit clairement :

- **Équipe d'orientation** : appuie les activités de l'équipe de projet, garantit les ressources et ouvre le chemin pour l'organisation;
- **Dirigeant d'équipe** : agit à titre de président de l'équipe, s'occupe des détails logistiques et anime les réunions;
- **Conseiller de la qualité** (une personne formée dans une approche scientifique et dans le travail de groupe) : aide à garder l'équipe sur la bonne voie et fournit la formation nécessaire;
- **Membres de l'équipe de projet** (tous les membres de l'équipe) : exécutent les tâches et font les améliorations.

Une équipe de projet désireuse de réussir commande une sélection soigneuse des membres de l'équipe pour remplir ces rôles et appuyer, encadrer et guider ses activités.

On retrouve au bureau des VON de Toronto les deux genres d'équipes suivantes :



**Équipes de mise en valeur du rendement d'un secteur ou d'un département :** les équipes sont composées de membres du personnel d'un secteur ou d'un département particulier ou d'un groupe de spécialistes. Ces équipes contribuent au programme de gestion de la qualité en recueillant, sur demande du conseil chargé de la qualité, les données sur les services, en évaluant la qualité à l'aide de vérifications et autres moyens et en aidant à diffuser aux membres de leurs équipes de nouvelles méthodes de qualité.

**Équipes de mise en valeur du rendement d'un problème :** les équipes sont composées de clients et de membres du personnel de toute la direction. Ces équipes contribuent au programme de gestion de la qualité en recueillant des données dans l'ensemble du système concernant des problèmes déterminés par le conseil chargé de la qualité et en élaborant des solutions pour mettre en valeur un service de qualité pour la clientèle, tel que le conseil chargé de la qualité l'a établi.

## HABILITATION DE L'ÉQUIPE

La contribution de chaque membre de l'organisation continue d'être très appréciée dans le contexte d'équipe. Il est clair que l'organisation qui souhaite réussir à l'avenir est une organisation qui démontre du respect envers chacun de ses membres, écoute et agit pour définir les besoins de ses employés. Avec ce genre d'engagement, les employés peuvent participer plus facilement à l'amélioration de la qualité du travail d'équipe (Harrington, 1987). Les équipes sont des catalyseurs productifs et viables qui font en sorte que la participation des employés soit une réalité.

### *Esprit d'équipe*

L'amélioration de la qualité est un travail ardu et de longue haleine. La synergie venant des gens qui travaillent ensemble de façon productive sur un projet important suffit souvent à maintenir l'enthousiasme et l'appui, même dans les périodes difficiles. « Lorsque l'esprit de travail d'équipe imprègne l'organisation, les employés commencent à travailler ensemble en vue d'atteindre la qualité; aucun obstacle, aucune discorde, tous forment une équipe » se dirigeant dans la même direction (Scholtes, 1988).

### *Charte d'équipe*

La « charte d'équipe » est cruciale. Les membres de l'équipe doivent comprendre ses objectifs, ses responsabilités et ses limites. La charte établit les balises qui gardent l'équipe dans la bonne direction.

*Les équipes gaspillent trop souvent une quantité considérable de leurs précieuses ressources à essayer de penser à ce qu'elles doivent faire. Une charte d'équipe détaillée concentre les précieuses ressources organisationnelles sur la tâche à accomplir. [traduction]*

— Wilkinson et Moran, 1998

La charte d'équipe délimite les objectifs stratégiques, les limites, les mesures de réussite, les contraintes et les ressources disponibles pour l'équipe. Elle procure un cadre de discussions continues entre l'équipe et son parrain sur la direction et le progrès de l'équipe.

La charte ne précise pas à l'équipe la façon de résoudre le problème ou à quoi devrait ressembler la solution. Elle met plutôt le processus en marche, établit les étapes clés et les résultats escomptés. L'équipe doit utiliser les outils disponibles pour choisir la façon de résoudre le problème qu'on l'a chargé d'étudier (Wilkinson et Moran, 1998).

### *Travail d'équipe : un exemple*

Au centre de santé St. Joseph's de London (Ontario), une équipe interdisciplinaire a travaillé pour améliorer la qualité de la période d'attente au service d'urgence. L'équipe a étudié les sondages précédents, s'est penchée sur les préoccupations de la clientèle, a comparé les perceptions des membres du personnel sur les besoins de la clientèle et a recueilli d'autres données. L'équipe a ensuite analysé les données et déterminé les cibles à améliorer. Les résultats de leurs activités ont produit une importante diminution de la moyenne du temps d'attente et des améliorations dans les communications entre malades et membres du personnel.

#### DIRIGEANTS LOCAUX

##### *Dirigeants locaux :*

*Des personnes devant rendre compte des résultats et possédant assez de pouvoir pour entreprendre des changements dans la façon d'organiser et d'effectuer le travail au niveau local. Les dirigeants locaux sont des éléments vitaux, car seuls ces derniers et leurs collègues, et non les cadres supérieurs, peuvent entreprendre d'importantes expériences organisationnelles pour mettre à l'essai l'incidence pratique des nouvelles idées et approches.*

— Senge et coll., 1999

#### DIRIGEANTS DE RÉSEAU

*Les opérateurs de réseau interne, « dirigeants de réseau ou bâtisseurs communautaires :*

»

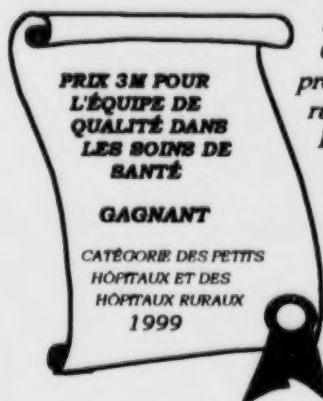
*La grande force des dirigeants locaux réside dans leur passion de créer de meilleurs résultats à l'intérieur de leur unité. Ils sont limités par le fait qu'ils ont très peu de contact à l'extérieur de leur unité. Les opérateurs de réseau interne complètent le provincialisme des dirigeants locaux. Leur force réside dans leur capacité de se déplacer dans toute l'organisation, participer et offrir leur soutien aux vastes réseaux d'alliances avec d'autres personnes pensant de la même façon et aider les dirigeants locaux, de manière directe et en les plaçant en communication avec ceux qui partagent leurs passions et de qui ils peuvent apprendre. Ils sont les « porteurs de semences » naturels des nouvelles idées et pratiques.*

— Senge et coll., 1999

**LE TRAVAIL D'ÉQUIPE : LA CLÉ DES SOINS DE QUALITÉ**  
**UN SYSTÈME D'IMAGERIE NUMÉRIQUE SANS FILM SE PENCHE SUR LES**  
**QUESTIONS DE QUALITÉ CONCERNANT LES MALADES, LE PERSONNEL**  
**HOSPITALIER ET MÉDICAL ET L'ENVIRONNEMENT**

---

CENTRE DE SOINS DE SANTÉ HEADWATERS  
 ORANGEVILLE (ONTARIO)



*La création de la Dufferin-Caledon Health Care Corporation le 1<sup>er</sup> janvier 1993 a constitué la première fusion volontaire de deux hôpitaux ruraux de l'Ontario, soit le Dufferin Area Hospital et le Shelburne District Hospital. L'esprit de travail d'équipe et de partenariat qui était présent lors de la consolidation des deux établissements a depuis imprégné toute l'organisation, procurant un modèle de prestation de services de soins aux malades dans un climat de compressions budgétaires croissantes.*

*Le département d'imagerie diagnostique à la fine pointe de la technologie du site Corporation's Headwaters Health Care Centre ouvert en mai 1997 pour remplacer l'ancien Dufferin Area Hospital en est un exemple exceptionnel. Le premier département de radiologie en milieu hospitalier de l'Amérique du Nord fonctionnant entièrement sans film est le résultat du travail d'une équipe multidisciplinaire qui a conçu le système et s'est engagée totalement et sans répit à ce projet. L'équipe s'est concentrée sur la mission de l'organisation et n'a jamais perdu de vue son objectif d'être à l'avant-garde et de mettre en application un système innovateur pour améliorer la qualité des soins aux malades et fournir un modèle de soins rentable et répondant aux besoins des malades.*

*Grâce à la mise en application de la nouvelle radiologie sans film, au cours de la première année de fonctionnement, le département a réalisé des économies impressionnantes de plus de 200 000 \$; il a reçu 30 p. 100 plus de malades, réduisant ainsi les listes d'attente; il a réduit la radioexposition de 30 à 80 p. 100, comparativement au système traditionnel; il a réduit la contamination de l'air et l'absentéisme associé d'environ 20 p. 100; il a amélioré la résolution des images, engendrant ainsi une exactitude et une qualité des soins supplémentaires; il a su garder et recruter les meilleurs professionnels de la santé; il a amélioré la qualité des conditions de travail; il a amélioré l'environnement en réduisant la radiation, en n'effectuant aucun déversement de produits chimiques, en réduisant l'utilisation du papier pour épargner des arbres; finalement, il a amélioré de façon générale*



*la qualité pour ce qui est des malades, de l'organisation et de toute la collectivité.*

*L'équipe multidisciplinaire, grâce à son énergie, à sa vision, à son courage et à sa détermination, avait établi comme objectif de doter cet hôpital rural d'une technologie de pointe. Bien que cette tâche leur ait semblé insurmontable, les membres de l'équipe ont fait en sorte que leur engagement se traduise par une*

*possibilité et une réalité. C'est dans cet esprit que le projet et l'équipe sont devenus un modèle pour chaque personne et représentant d'organisation ayant visité cet établissement et ayant directement vu les améliorations en matière de qualité que cette technologie innovatrice a réalisées.*

*Il s'agit donc d'une vraie réalisation qui a permis à cet hôpital de fournir un service rentable, efficace, sans danger pour l'environnement et qui a grandement amélioré la qualité des soins aux malades.*

*(Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.)*



## PLANIFIER/EXÉCUTER/VÉRIFIER/AGIR POUR LES ÉQUIPES

Variations du thème

### SHEWHART/DEMING

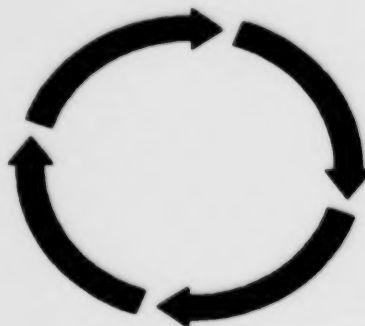
Planifier  
Exécuter  
Vérifier  
Agir

### HANDY

Décider  
Exécuter  
Refléter  
Connecter

### SENGE

Planification conjointe  
Action coordonnée  
Réflexion publique  
Signification partagée




# HABILITATION

*Le déplacement de la conformité vers une amélioration continue exige la formation d'un pont d'habilitation par lequel tous les employés peuvent faire apport de leur intelligence, de leurs connaissances et de leur expérience dans le service d'une pensée circulaire. [traduction]*

— Dveirin et Adams, 1993

## HABILITATION ET ACQ



Les organisations qui survivront et prospéreront dans la prochaine décennie seront les organisations qui auront conservé leur élan d'amélioration continue. Le secteur canadien des soins de santé change aussi rapidement que son homologue du secteur privé; ce déplacement vers l'ACQ comme stratégie de maintien de la qualité et de l'efficacité ne devrait donc surprendre personne.

Les ressources humaines accaparent environ 70 p. 100 des dépenses des organisations de soins de santé. Dans les années à venir, les organisations qui réussiront seront les organisations qui pourront le mieux appliquer l'énergie créatrice de chaque personne à une amélioration constante. L'adoption d'une philosophie d'amélioration constante comme mode de vie exige d'habilitier chaque personne à effectuer ce changement.

### *Définir l'habilitation*

Le mot a déjà sa place parmi les mots à la mode classiques des dictionnaires produits dans les années 1990. La définition traditionnelle, « donner le pouvoir ou l'autorité à », est de portée trop restreinte. Elle ne touche pas à son incidence possible sur le personnel. Les organisations ayant aveuglément suivi cette définition restreinte ont souvent remarqué que l'habilitation causait plus de désorganisation que de progrès.

Des comportementalistes ont étudié les implications de l'habilitation et se sont généralement entendus pour dire qu'il faut se pencher sur les facteurs clés de réussite associés à l'habilitation avant de réussir à déléguer un pouvoir au personnel, y compris le fait que le personnel doit posséder les connaissances, les aptitudes et l'autorité de décider et d'agir, *en plus* d'assumer la responsabilité des conséquences de ses gestes.

### *Autodétermination*

L'habilitation veut aussi dire autodétermination en ce sens que les gens peuvent participer aux décisions qui les touchent - subsidiarité. La plupart des gestionnaires reconnaissent que leur organisation souhaiterait ce genre de réponse. L'étape entre dire que l'habilitation fonctionne et la réaliser réellement peut être intimidant pour le personnel et la direction. Le personnel doit être parfaitement à l'aise en acceptant de nouvelles responsabilités et la direction doit apprendre la façon de travailler en exerçant moins de contrôle.

### *Conditions clés*

Covey (1991) résume quatre conditions clés d'habilitation :

- une entente bénéfique à tous (représente une compréhension et un engagement mutuels clairs concernant les attentes, les résultats escomptés, les lignes directrices, les ressources, la reddition de comptes et les conséquences);
- l'autocontrôle;
- une structure et un système efficaces;
- la reddition de comptes.

### **LA MARCHÉ À SUIVRE POUR PROCÉDER À L'HABILITATION**

Un sens d'orientation clair est vital à la réussite de l'habilitation. La haute direction doit jouer un rôle de meneur et fournir un fondement comportant une vision claire.

La première étape à suivre dans le processus d'habilitation des employés est de bâtir leur estime personnelle. Les approches traditionnelles de gestion sont déplacées vers une perspective de soutien et d'encadrement. La deuxième étape consiste à offrir l'aide nécessaire sans prendre la responsabilité de la tâche. Afin que les gestionnaires délèguent assez de responsabilité, il leur est essentiel de fournir les outils et l'information qui permettra aux employés de prendre des décisions efficaces.

Les gens, de nature, souhaitent réussir. L'échec se produit souvent lorsque les employés doivent assumer des responsabilités auxquelles ils ne sont pas préparés. Il peut parfois se produire des erreurs même avec de bons outils et l'appui nécessaire. Lorsqu'un employé fait une erreur, il est important de créer un climat non menaçant dans lequel le personnel n'a pas peur d'être jugé trop durement pour avoir pris une mauvaise décision.

Plusieurs cadres intermédiaires ont peur de perdre le contrôle en confiant des tâches importantes desquelles un gestionnaire doit en fin de compte répondre. La situation devient plus facile, cependant, quand le personnel à qui l'on confie la tâche est compétent, engagé et informé. Cela signifie

que l'employé doit savoir comment faire le travail, savoir quand l'exécuter et quand il doit être achevé. L'habilitation doit être conforme à l'engagement de l'organisation.

*Il est essentiel que la délégation du travail soit réfléchie.* Les employés ne sont pas identiques; ils ont donc des aptitudes, des capacités et des besoins différents. La quantité d'autorité et de responsabilité déléguée varie selon la tâche et la personne. Ces variables constamment changeantes exigent que les gestionnaires évaluent la situation.

En guidant le personnel dans le processus de prise de décisions, il faut établir des objectifs précis tout au début de la tâche. L'employé peut alors s'orienter sur ces objectifs au moment de choisir la solution de rechange la plus convenable. Si tous les employés savaient précisément la place de ses objectifs personnels, celle du département et celle de la haute direction, la prise de décisions serait grandement simplifiée. Il est important de regarder le portrait global lorsqu'une décision influence un autre département ou d'autres personnes. Une vision partagée de l'orientation de l'organisation appuyée de valeurs partagées crée un sentier relativement clair à suivre dans le processus de prise de décisions.

Une compréhension de tous les membres de la haute direction rend désuètes les hiérarchies organisationnelles traditionnelles. Il en résulte une structure aplatie dans laquelle l'expertise de gestion est répartie dans les secteurs nécessitant un leadership plutôt qu'une surveillance. Tous les employés se sentent bien lorsqu'ils réussissent. La clé de la gestion est de leur fournir les outils, la formation et un environnement de soutien pour qu'ils puissent faire le travail avant de se retirer et de laisser le personnel exécuter la tâche.

L'appartenance est un autre ingrédient clé de l'habilitation. Si les employés font partie de la solution, ils seront plus disposés à se conformer plus tard à cette solution ou à suggérer d'autres améliorations. Il en résultera un employé habilité, axé sur la clientèle, et cela se traduira par un service de meilleure qualité.

Les avantages de ce genre de changements dans les habitudes de travail doivent être partagés avec tous ceux qui prennent des risques. La gestion doit donc adapter le système d'évaluation pour récompenser la prise de risque intelligente. Un soutien et un renforcement constants font beaucoup pour habilitier le personnel. Fournir une formation de qualité et un perfectionnement des aptitudes encourage l'engagement envers l'organisation en plus d'accroître la confiance en soi. Le résultat se traduit par une plus grande innovation et de nouvelles idées pour l'organisation au fur et à mesure que la confiance des employés augmente.

*Des aptitudes comme la formation d'une équipe, la délégation, la communication, la négociation et l'autogestion sont fondamentales pour obtenir un meilleur rendement. Heureusement, ces aptitudes peuvent être apprises et mises en valeur grâce à l'éducation continue et à la formation.*

— Covey, 1991

## ÉQUIPES HABILITÉES

Afin de multiplier l'efficacité du personnel habilité, les gestionnaires doivent concevoir un cadre pour permettre au personnel de travailler en équipes dans les situations de problèmes interdépartementaux. Ces problèmes semblent les plus difficiles à résoudre et exigent donc la collaboration de plusieurs des parties intéressées. Pour que les équipes soient efficaces, il faut cependant ajouter un nouvel ensemble d'aptitudes au répertoire des aptitudes faisant partie de la formation des employés :

- la résolution de problèmes;
- la formation d'équipes;
- la communication;
- le savoir-écouter.

La formation doit aussi être opportune pour être efficace. Une formation « au bon moment » procure à une nouvelle équipe les outils nécessaires pour se pencher sur les problèmes. Ils sont appliqués au problème actuel et sont par conséquent mieux intériorisés. La formation devient plus pertinente lorsque le personnel peut mettre en application l'abstrait au pratique le plus tôt possible. Elle devient pour l'équipe un élément de motivation lorsqu'elle élabore un nouvel ensemble d'aptitudes pour traiter des préoccupations en matière de processus.

Les équipes habilitées motivent beaucoup mieux les employés parce que les forces motrices sont engendrées par le groupe plutôt que par les gestionnaires. Pour qu'elles soient efficaces, les équipes ont besoin de l'appui des gestionnaires, doivent être semi-autonomes, avoir le pouvoir de prendre des décisions et doivent partager l'appartenance de la solution à mettre en application. L'engagement qui s'ensuit fournit aussi ce qu'il faut pour maintenir le processus d'amélioration.

### *Habilitation réussie*

Au début, la gestion doit mener le processus en discutant ouvertement et avec enthousiasme du besoin d'élaborer une habilitation. Les cadres supérieurs doivent démontrer leur engagement en adaptant les structures organisationnelles et les mécanismes de récompense, en éliminant les



formes de contrôle et de surveillance les plus évidentes et en redéfinissant les descriptions de poste. L'étape suivante consiste à déterminer les principaux processus d'amélioration pouvant servir d'exemples au personnel.

- ♦ Initialement mené par la gestion, le personnel peut ensuite avoir confiance en l'engagement des gestionnaires envers la nouvelle façon de travailler. Une vision claire de chaque processus permet au personnel d'aider à la résolution de problèmes. En tant qu'experts dans leur propre secteur du processus, ils ont un intérêt direct à travailler pour améliorer le système. La gestion doit encourager et aider l'équipe d'amélioration lorsque l'équipe le demande.
- ♦ Une stratégie de communication claire qui célèbre les réussites et les réalisations du groupe aide à conserver la lancée croissante. Transformer les employés en héros au sein de l'organisation encourage l'engagement et l'initiative. Lié à un programme de récompenses et de reconnaissance compatible, un employé habilité intériorise la nouvelle attitude ancrée et commence à chercher presque inconsciemment de nouvelles possibilités d'amélioration.
- ♦ Il faut aussi féliciter les gestionnaires qui habilitent le personnel et encouragent un environnement non menaçant pour la prise de risques. Les cadres supérieurs doivent donner à leurs cadres intermédiaires le temps nécessaire pour déléguer le pouvoir et le contrôle et adapter leur style de gestion vers un rôle accru d'encadrement et de soutien.
- ♦ Le rendement du personnel peut se mesurer par l'orientation de l'employé vers la clientèle, sa participation au sein de l'équipe, sa prise de risques et son rendement menant à la qualité.
- ♦ Enfin, la dernière étape d'une réelle habilitation est de ne pas abandonner. Le processus peut être extrêmement lent, mais les résultats valent l'attente. Cela ne veut pas dire que les gestionnaires doivent être satisfaits de la vitesse du progrès. Il est presque toujours nécessaire d'apporter des changements à la stratégie. La clé est de ne pas abandonner. Intérioriser de nouvelles façons de diriger les équipes de personnel est un procédé lent; le procédé est même plus lent pour les employés, qui peuvent se sentir intimidés par les nouvelles responsabilités qui leur sont offertes. Certains résisteront par peur de l'inconnu ou par peur d'échouer. Une stratégie d'habilitation bien élaborée peut cependant s'avérer un puissant antidote à la négativité, à l'anxiété et à la méfiance éprouvée envers la gestion traditionnelle.

## PERMETTRE AU PERSONNEL D'AGIR

Certains experts croient que plusieurs organisations fonctionneraient mieux sans habilitation en raison du fait qu'elles habilitent mal et qu'elles font ainsi plus de mal que de bien. L'ingrédient critique pour habiliter les gens est de les faire participer à tous les aspects du processus. Malheureusement, plusieurs organisations n'ont fait que déléguer du pouvoir et des responsabilités. Elles n'ont pas aidé les surveillants à déplacer leur style de gestion vers un style de dirigeant d'équipe ou d'entraîneur. Les changements structurels ont souvent été ignorés aussi. La hiérarchie organisationnelle et le système d'évaluation du rendement n'ayant pas été changés, le personnel habilité « n'a pas été capable » d'utiliser ses nouvelles aptitudes. Une fois que les gestionnaires ont fourni les outils et l'information, les employés doivent pouvoir utiliser ces ensembles d'aptitudes pour exécuter ces changements. Il faut leur permettre d'agir.

L'habilitation bien conçue peut être une situation dans laquelle et l'organisation et les employés sont gagnants. La plupart des employés veulent qu'on leur permette d'agir et de montrer leur propre capacité; ils ont cependant besoin d'information, de commentaires efficaces, de reconnaissance et d'une définition précise de leurs responsabilités, y compris des détails particuliers définissant qui doit faire quoi et quand.

L'habilitation, ou l'autorisation d'agir donnée au personnel, quelle que soit l'expression utilisée, constitue un aspect fondamental de l'ACQ. Elle représente un changement de base des approches de gestion ayant de profondes répercussions sur la transformation des organisations. Une vision, des valeurs, une culture et une structure organisationnelle aplatie sont un plus pour une organisation qui met l'accent sur le perfectionnement de sa principale ressource - ses employés - dans la poursuite de l'amélioration de la qualité.



## UNE CONCEPTION ORGANISATIONNELLE POUR L'ACQ

*Une conception organisationnelle créatrice et dynamique pour guider l'évolution des stratégies d'ACQ est l'un des éléments clés de la réussite d'un procédé d'amélioration de la qualité. [traduction]*

— Santé Canada, 1993

### CONSEILS CHARGÉS DE LA QUALITÉ ET COMITÉS DE SOUTIEN



Dans plusieurs organisations, un conseil chargé de la qualité et un comité permanent sont responsables de fournir un point central stratégique pour la mise en application de l'amélioration continue de la qualité partout dans le pays de l'organisation. En remplissant ce rôle, le conseil chargé de la qualité est responsable d'une variété d'activités, y compris :

- fournir un leadership visible au conseil, aux gestionnaires, aux syndicats, aux professionnels des soins de santé et au personnel;
- assurer la mise en application de stratégies innovatrices et contrôler les résultats associés à la transformation de l'organisation;
- coordonner l'élaboration d'un programme annuel de fonctionnement et de qualité;
- planifier, déterminer et contrôler l'analyse des principaux processus interfonctionnels, cliniques et non cliniques;
- faire un suivi du plan de mise en application pour minimiser les forces de retenue et accélérer les forces motrices.

Le conseil chargé de la qualité se compose de représentants du cadre supérieur provenant de tous les secteurs opérationnels de l'organisation et son président (président = p.-d.g. = directeur général = administrateur) agit fréquemment à titre de président du conseil et est appuyé par une équipe de personnes-ressources participant directement à la mise en application des stratégies d'amélioration de la qualité. Le conseil chargé de la qualité ou le comité permanent répond au conseil d'administration par l'entremise de son président.

Selon la taille et la complexité de l'organisation, plusieurs autres comités et personnes jouent des rôles importants et intégraux dans la réussite de la mise en application des processus d'amélioration. Par exemple, les sous-comités d'amélioration de la qualité médicale et des services peuvent fournir une direction stratégique focalisée au conseil chargé de la qualité ou au comité permanent de l'organisation.

## UN PROGRAMME DE GESTION DE LA QUALITÉ DU VON, DIVISION DE TORONTO

*Le programme de gestion de la qualité du VON, division de Toronto, comprend une variété d'éléments, tous orientés vers la mise en valeur et le maintien d'un service à la clientèle de qualité. Parmi ces éléments, mentionnons : une orientation, des relations publiques, une collaboration et une approche d'équipe ainsi que des systèmes de communication, la fonction administrative de leadership, la formation et le perfectionnement professionnel, un programme de reconnaissance, une gestion du rendement, une gestion du risque, et la recherche et le développement.*

*Le conseil chargé de la qualité agit pour assurer à la clientèle le meilleur service possible dans cette division par une définition et une mise en application de mesures convenables d'évaluation de la qualité. Le conseil chargé de la qualité est composé de directeurs et de gestionnaires maintenant un lien permanent avec le comité de pratique professionnelle.*

*Les clients, les organismes de financement, les organismes communautaires et le personnel acheminent régulièrement au conseil leurs données pertinentes à la qualité du service à la clientèle. Toutes les pratiques sont examinées sur une base régulière grâce à des vérifications prévues, des sondages de satisfaction et autres mesures d'évaluation de la qualité. Les données recueillies de ces révisions sont transmises au conseil. En plus, les données reliées à la qualité fournies par les clients, les organismes de financement, les organismes communautaires et le personnel obtenues de façon non officielle sont soumises à l'étude du conseil.*

*Le conseil a le rôle d'évaluer et d'analyser les données, de définir les questions et les secteurs problématiques et de formuler des recommandations pertinentes aux approches (politiques, procédures ou pratiques) qui maintiendront et mettront en valeur un service à la clientèle de qualité. Le conseil chargé de la qualité doit se concentrer sur la modification, l'expansion et, d'une certaine façon, le changement d'un ou de plusieurs éléments composant le programme d'amélioration de la qualité. Pour ce faire, le conseil utilise des équipes de mise en valeur du rendement de chaque secteur ou département et des équipes de mise en valeur du rendement des questions.*

*(Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.)*

## STRUCTURE DE L'ORGANISATION POUR APPUYER LA VISION

Il est nécessaire d'avoir une compréhension fondamentale de la complexité organisationnelle pour mettre en application l'ACQ. Il est aussi essentiel de reconnaître que « diverses étapes du procédé d'adoption sont confrontées à d'importants défis » (Kaluzny et McLaughlin, 1992). Étant donné que les organisations de soins de santé sont fréquemment composées de plusieurs structures représentant des fusions et des coalitions de personnes, de départements, de divisions et de groupes professionnels, il importe de porter une attention particulière aux divers groupes de travail et à l'effet différentiel de l'ACQ sur ces groupes. La nature réelle de la tâche des groupes de travail peut influencer la réaction envers l'ACQ.

Au fur et à mesure que les procédés d'amélioration deviennent partie intégrante de chaque domaine, la structure en matière de qualité de l'organisation doit être évaluée continuellement pour s'assurer que l'organisation est capable de se concentrer sur les besoins de la clientèle.

Les cadres supérieurs participent de moins en moins à la prise de décisions opérationnelle; ils se concentrent davantage sur la vision stratégique, l'encadrement général et le parrainage. Le gestionnaire intermédiaire assume un plus grand rôle d'éducateur et de parrain. Il travaille en collaboration avec son personnel et les autres départements pour faciliter la prise de décisions. Tous les gestionnaires deviennent, pour l'ensemble du personnel, des exemples actifs dans un mouvement allant de « l'ancienne façon » à la « nouvelle façon » (consulter le tableau 1).

Tableau 1 : Styles de gestion		
Question	Style traditionnel « ancienne façon »	Style 2000 « nouvelle façon »
Le besoin de qualité	Respecter les normes.	Améliorer continuellement.
Point central de la qualité	L'organisation définit la qualité : Réactive • inspecter • combattre l'incendie.	Le client définit la qualité : Proactive • planifier • prévenir.
Rôle des dirigeants ou des gestionnaires	Contrôler.	Collaborer.
Responsables de la qualité	Personnes ou départements définis	Chacun
Croyances envers les problèmes et le gaspillage	Les problèmes viennent des employés.	Les problèmes viennent des processus et des conceptions.
Croyances envers les employés	Les gens doivent être forcés à améliorer la qualité.	Les gens veulent améliorer la qualité.
Croyances envers les clients et les fournisseurs	Ils constituent le problème.	Ils sont partenaires.
Croyances envers les processus	Gérer par opinion ou par pouvoir. Améliorer au sein des départements utilisant une hiérarchie.	Gérer par fait Améliorer entre les départements en utilisant des réseaux.
Croyances concernant la qualité	La qualité coûte plus cher. Les coûts sont dénombrables. Pas assez de temps pour le faire. Conforme aux normes.	La qualité est concentrée sur les ressources. Coûts totaux. Pas assez de temps pour <u>ne pas</u> le faire. Conforme aux attentes.

(Adapté de Berwick, D.M., *Healthcare Quality: A New Way of Thinking*.)

Au fur et à mesure que la vision de la qualité déferle sur l'organisation, le rôle des gestionnaires à tous les paliers évolue de façon significative. Le style de gestion traditionnel de planificateur, d'organisateur, de directeur et de contrôleur exclusif est remplacé par une concentration sur le leadership, l'habilitation, l'évaluation et le partenariat.

### ADOPTION DE L'ACQ

La façon selon laquelle une organisation peut bien gérer bon nombre de « transitions » déterminera, en fin de compte, l'adoption de l'ACQ et son intégration dans les activités de l'organisation. Les chercheurs s'entendent généralement pour dire que l'adoption de l'ACQ demande de prendre plusieurs décisions et interventions. La mise en application de ces décisions prend du temps et implique diverses personnes et unités de travail au sein de l'organisation.

Les étapes du processus d'adoption sont les suivantes :

- la prise de conscience;
- l'identification;
- la mise en application.

Par exemple, la prise de conscience constitue la première étape du processus d'adaptation de l'ACQ et comprend les trois défis de transition suivants :

1. L'organisation passe de l'acceptation du statu quo à la reconnaissance qu'il existe un écart entre la façon actuelle de fonctionner de l'organisation et la façon de pouvoir ou de devoir travailler.
2. L'organisation constate que la définition existante de la qualité n'est plus convenable et se concentre plus sur le client.
3. L'accent qui était mis sur l'autonomie du fournisseur se porte maintenant sur l'interdépendance de toutes les personnes participant à la prestation de soins de qualité, y compris le bénéficiaire.

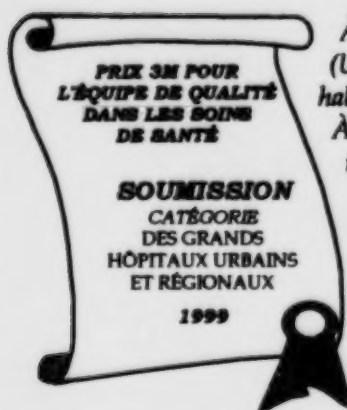
*Plus une organisation clarifie, communique et exécute sa mission, sa vision et ses valeurs, plus il est facile d'attirer les gens à partager des croyances et des désirs semblables. Étant donné que le désir d'accomplir est une attitude, chaque organisation a la possibilité de concevoir une attitude dans la cohésion de l'organisation. ... Certaines réussiront mieux que d'autres et profiteront des avantages.*  
[traduction]

– Harris, 1998



## DES SOINS CRITIQUES AUX SOINS COMMUNAUTAIRES RÉINTÉGRATION DANS LA COLLECTIVITÉ DES MALADES EN VENTILATION ASSISTÉE

London Health Sciences Centre  
London (Ontario)



À l'intérieur de l'unité des soins intensifs (USI), la ventilation assistée est habituellement reliée à la gravité de la maladie. À proprement parler, les équipes des USI n'envisagent généralement pas de transférer un malade hors de l'USI avant que la personne ne soit plus en ventilation assistée et que son état soit jugé assez stable pour qu'elle puisse être transférée. Il est très rare que la personne qui demeure branchée à un ventilateur atteigne un état stable. Il est important aussi que ces malades acceptent le fait qu'ils doivent recourir à l'assistance

d'un ventilateur pour rester en vie. Un facteur qui distingue ces gens d'un malade de l'USI affligé d'une maladie grave et en ventilation assistée est leur capacité de passer d'un ventilateur de l'USI à la fine pointe de la technologie à un ventilateur utilisable à domicile. Ils n'ont plus besoin de l'intervention de haute technologie que leur offre l'USI.

Par le passé, les obstacles empêchant la libération des adultes en ventilation assistée à domicile vers la collectivité étaient tellement insurmontables que, dans un cas, la personne est demeurée dans une des USI du London Health Sciences Centre's (LHSC) pendant trois ans, jusqu'à son décès en novembre 1997. Maintenant, devant des malades semblables dans des situations identiques, on se pose les questions « Pourquoi ont-ils vécu dans l'USI? » et « Que peut-on faire de mieux pour ces malades? »

Ces deux questions ont encouragé l'équipe de l'USI à penser « autrement » et à rechercher d'autres options.

En outre, l'utilisation convenable et efficace des ressources en matière de soins aigus s'est avérée un facteur de motivation. Les personnes nécessitant une ventilation permanente sont extrêmement rares comparativement au nombre d'admissions à l'USI (1 p. 100 de toutes les admissions à l'USI); ces admissions accaparent, cependant, jusqu'à 25 p. 100 des jours-lits de l'USI. La disponibilité des lits de l'USI était aussi un problème croissant et, en ralentissant ou en annulant des services



d'urgence ou des chirurgies en raison du manque de lits disponibles à l'USI, l'effet s'est répandu dans toute la communauté.

Grâce à la réussite de cette initiative, il s'est produit plusieurs réalisations qui ont touché les services à partir des USI jusqu'à la collectivité. Dans le programme de soins aigus, il a été possible de réaliser des améliorations dans l'utilisation des lits et dans l'efficacité des ressources. Le « séjour » à l'USI d'une personne en ventilation assistée de longue durée est passé de 29 mois à 4 mois. Il en a résulté un déblocage des lits de l'USI et une augmentation de la disponibilité des lits pour les malades gravement atteints nécessitant une intervention aiguë.

Cela a donné lieu à une augmentation de la disponibilité des lits d'environ 7 p. 100 dans les USI du LHSC.

En pouvant libérer plus tôt, le nombre d'heures de ventilation et de jours-lits pour les gens devant demeurer aux USI durant plus de huit semaines a diminué de 45 p. 100 au cours des quatre mois suivant la mise en application.

Une autre indication de gains durables est le fait que, parmi les cinq personnes libérées dans la collectivité, aucune d'entre elles n'a été réadmise dans un établissement de soins pour malades aigus. Cette situation confirme la qualité des services, l'étendue des connaissances et le transfert d'aptitudes entre les dispensateurs de soins aigus et les dispensateurs de soins communautaires et la qualité des soins que peut offrir une collectivité bien soutenue.

Principalement, la personne qui dépend de l'assistance d'un ventilateur et les membres de sa famille ont obtenu beaucoup en atteignant une qualité de vie optimale et un meilleur avenir. L'un des principaux facteurs de réussite a été la satisfaction des malades, des membres de leur famille et des membres de l'équipe de libération. En se concentrant sur les malades et les membres de leur famille et non sur l'étendue des obstacles, en déterminant et en supprimant plutôt ces obstacles, l'équipe a pu surmonter les défis associés au transfert dans la collectivité. Chaque membre de l'équipe souhaitait ardemment contribuer à la qualité de vie du malade en faisant, dans son établissement, tout en son pouvoir pour assurer le transfert.

Il s'ensuit que ces personnes profitent maintenant de la vie beaucoup plus qu'avant leur accident ou leur maladie, qu'elles sont près des leurs et qu'elles participent aux activités communautaires. Quel bon exemple d'un service de soins axés sur le malade et les membres de sa famille!

(Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements.)



# MISE EN APPLICATION

*Le voyage de l'ACQ*



4e partie



## *Vue d'ensemble*

*Cette section décrit en détail:*

- ♦ *les lignes directrices pour la mise en application de l'ACQ;*
- ♦ *le plan d'ACQ;*
- ♦ *les stratégies de communication;*
- ♦ *les ressources humaines;*
- ♦ *l'éducation.*

*Les étapes du voyage de l'ACQ sont illustrées comme suit :*

- ♦ *l'édification d'une prise de conscience;*
- ♦ *la planification;*
- ♦ *le déploiement;*
- ♦ *l'intégration totale.*

*La planification, l'éducation et la communication constituent les composantes vitales de la mise en application de l'amélioration de la qualité.*



## LIGNES DIRECTRICES POUR LA MISE EN APPLICATION DE L'ACQ

### INTRODUCTION



Les observations, l'examen de la documentation et l'expérience directe des organisations ont servi à élaborer un modèle de stratégies de mise en application.

Bien que les applications particulières et le temps requis pour mener à terme chaque étape puissent varier d'une organisation à l'autre, les lignes directrices pour la mise en application de l'ACQ représentent un modèle de travail servant de guide et de référence pour les organisations considérant l'adoption de l'approche d'ACQ.

Adopter l'approche d'ACQ est un processus de longue durée qui représente un important changement dans la culture et la philosophie de gestion de l'organisation. La mise en application de l'ACQ se réalise en étapes distinctes qui peuvent durer de quelques mois à quelques années. La vitesse et la facilité auxquelles les organisations traversent chaque étape dépendent de variables comme le leadership, l'engagement, la disponibilité des ressources et les forces externes. Les activités de chaque étape sont bâties sur les connaissances et l'expertise acquises au cours de l'étape précédente.

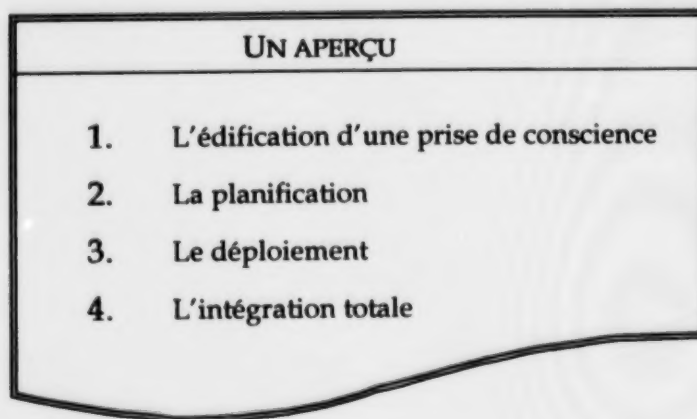
La mise en application de l'ACQ comporte plusieurs composantes essentielles. (Certains développements se produisent en parallèle, d'autres, l'un après l'autre.) L'ACQ met en question la structure et les processus, le leadership, les partenariats, l'habilitation et les stratégies favorables.

*Les stratégies de mise en application sont peaufinées au fur et à mesure qu'on applique les processus de GTQ [ACQ] et qu'on les adapte aux soins de santé. Les stratégies concernent le leadership, les communications et l'éducation.*  
[traduction]

- Santé et Bien-être Canada, 1993



## ÉTAPES DE LA MISE EN APPLICATION



### *1<sup>re</sup> étape : L'édification d'une prise de conscience*

Au cours de cette étape, les cadres supérieurs de l'organisation et le personnel clinique clé explorent l'approche d'ACQ en visant ce qui suit :

- acquérir une compréhension des principes de l'ACQ;
- déterminer les forces sur lesquelles bâtir;
- déterminer les possibilités d'amélioration.

On peut entreprendre cette nouvelle approche de gestion car divers mécanismes de sondage ont révélé qu'il pourrait y avoir des améliorations à apporter; l'approche peut satisfaire le besoin de répondre aux principaux défis qu'une organisation affronte.

Étant donné que l'ACQ requiert d'importants changements dans la philosophie et les comportements de gestion, il est crucial que les dirigeants de l'organisation, tels les cadres supérieurs, le comité consultatif médical et le conseil d'administration, comprennent toutes les répercussions pertinentes au style de gestion, la nécessité de se centrer sur l'organisation et les exigences que ce style de gestion comporte en énergie, en temps et en ressources avant d'amorcer le processus de mise en application.

Une fois ces exigences comprises, les cadres supérieurs définiront leur vision de la qualité et détermineront l'intégration de la vision à la stratégie générale de l'organisation. Après avoir formulé une vision de la qualité,

ils doivent déterminer dans quelle mesure eux-mêmes et l'organisation sont prêts au changement. Ils peuvent y arriver grâce à divers instruments de sondage comme des questionnaires et en effectuant des exercices de planification.

Les dirigeants se tournent ensuite vers l'idée maîtresse de l'approche d'ACQ, soit « cibler la clientèle » en identifiant les clients internes et externes et en définissant leurs besoins, leurs désirs et leurs attentes. Le ciblage de la clientèle se réalise continuellement au cours de chaque étape de mise en application de l'ACQ. En fin de compte, toutes les décisions sont prises en ciblant le client.

### *2<sup>e</sup> étape : La planification*

- ◆ Élaboration d'un plan général d'ACQ : Le plan établit les objectifs de mise en application de l'approche d'ACQ, définit les mesures cruciales de réussite et détermine les interventions nécessaires pour faire en sorte que les valeurs de l'organisation soient réelles.
- ◆ Établissement de structures pour appuyer le plan : La création d'un conseil de la qualité ou d'un comité directeur forme une équipe de haut niveau visant à orienter et à diriger la mise en application. Le conseil de la qualité peut être un comité existant ou un groupe nouvellement formé. Le conseil est habituellement composé des cadres supérieurs de l'organisation et du gestionnaire de la qualité. Si le groupe de cadres supérieurs ne comprend pas un représentant médical convenable, la haute direction peut nommer des médecins au sein du conseil. Le conseil de la qualité de certaines organisations possède dans son rang des représentants syndicaux ou une représentation de clients. La taille et la nature de chaque organisation de soins de santé déterminent la composition du conseil de la qualité.
- ◆ Le conseil de la qualité cerne les principaux problèmes organisationnels ou problèmes importants que les équipes de projet initiales ont à résoudre. Les équipes de projet se penchent sur des questions de haute visibilité ayant le pouvoir de produire des gains et une bonne probabilité d'obtenir des résultats significatifs.
- ◆ Les facilitateurs de la mise en application de l'ACQ sont sélectionnés et formés, tout comme les membres de l'équipe de projet. Les équipes pilotes commencent à planifier les étapes initiales d'amélioration de la qualité, recueillir les données et analyser les résultats.
- ◆ Les systèmes de communication et de commentaires continuent d'évoluer.

### **3<sup>e</sup> étape : Le déploiement**

L'élaboration d'un plan détaillé s'impose pour continuer le « déroulement » de la mise en application dans toute l'organisation. Pour cela, il faut, entre autres, structurer la gestion quotidienne de l'ACQ, bâtir à partir des premiers résultats et poursuivre la formation en matière de principes et de techniques de l'ACQ.

- ♦ **Communication et célébration :** Lorsque les équipes commencent à produire des changements, l'organisation doit communiquer et célébrer ces résultats. Les programmes de récompense et de reconnaissance doivent s'harmoniser à la vision d'ACQ de l'organisation.
- ♦ **Analyse comparative :** L'organisation compare ses propres résultats à ceux d'autres organisations. De cette façon, de nouvelles normes de rendement et mesures des résultats sont élaborées et l'amélioration continue de la qualité est lancée.
- ♦ **Processus clés :** L'organisation décrit et documente des processus clés pour la mission de l'organisation et nomme les personnes responsables de chaque processus. Cet exercice permet à l'organisation d'évaluer ses possibilités de travail et fournit une ligne de départ à partir de laquelle sont sélectionnés les processus à revoir et à améliorer.
- ♦ **Participation du client :** L'organisation continue de demander la participation du client et d'incorporer les commentaires des clients dans les changements de processus.



*Célébrez les réussites*

### **4<sup>e</sup> étape : L'intégration totale**

Les processus et les structures internes sont harmonisés à l'approche d'ACQ.

- ♦ Les clients participent dès le début aux nouveaux processus.
- ♦ La gestion participative est étendue et les valeurs liées à la qualité font partie de la gestion quotidienne.
- ♦ Le plan d'ACQ est évalué et modifié pour réaliser des stratégies à long terme.
- ♦ Le progrès de l'amélioration continue de la qualité est évalué et l'on remarque une amélioration dans le rendement de tout le système de prestation de soins de santé.

- Si l'on se fie à l'expérience des organisations de soins de santé, une pleine intégration de l'ACQ prend au moins cinq ans. (Consulter la figure 1.)

Figure 1 : ÉTAPES DE MISE EN APPLICATION DE L'ACQ

1 <sup>re</sup> étape	2 <sup>e</sup> étape	3 <sup>e</sup> étape	4 <sup>e</sup> étape
Construction d'une prise de conscience	Planification	Déploiement	Intégration totale
Durée : 6 mois	18 mois	36 mois	60 mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Éduquer les cadres supérieurs et le personnel médical clé</li> <li>▪ Élaborer une vision claire et obtenir un engagement des principaux intervenants</li> <li>▪ Déterminer le niveau de préparation au changement de l'organisation</li> <li>▪ Clarifier les forces et sélectionner les possibilités d'amélioration</li> <li>▪ Déterminer et comprendre les attentes des clients</li> <li>▪ Formuler un plan de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Élaborer un plan de mise en application</li> <li>▪ Bâtir une structure pour soutenir l'ACQ</li> <li>▪ Former et préparer les facilitateurs</li> <li>▪ Sélectionner et lancer les premiers projets</li> <li>▪ Bâtir un engagement envers la vision à l'aide du leadership et de la communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peaufiner le plan</li> <li>▪ Communiquer et célébrer les premiers résultats</li> <li>▪ Poursuivre le programme de formation</li> <li>▪ Étendre le programme à toute l'organisation</li> <li>▪ Établir les étapes et les normes</li> <li>▪ Rechercher les commentaires des clients</li> <li>▪ Documenter les processus organisationnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en application les changements au système</li> <li>▪ Maintenir l'élan</li> <li>▪ Évaluer les progrès</li> <li>▪ Faire en sorte que l'ACQ soit l'approche de gestion</li> <li>▪ Faire participer les clients à tous les processus dès le début</li> <li>▪ Améliorer continuellement les processus</li> </ul>

## RÔLE DES CONSULTANTS

L'amélioration continue de la qualité est une nouvelle approche qui modifie fondamentalement la culture et la méthode de fonctionnement de l'organisation. Il ne s'agit donc pas d'un programme prêt à utiliser que l'on peut acheter ou déléguer à un organisme externe; certaines organisations ont cependant remarqué que les consultants peuvent jouer un rôle précieux dans l'élaboration d'une approche d'ACQ, surtout au début de la mise en application.

Les consultants peuvent, en particulier :

- *Renseigner* les cadres supérieurs et procéder à la formation des premières équipes de projet à l'aide du modèle de formation du formateur.
- *Aider* à déterminer le niveau de préparation au changement d'une organisation et déterminer les attentes de la clientèle.
- *Élaborer des éléments particuliers* du programme d'ACQ comme un plan de communication ou un programme de récompense et de reconnaissance.
- *Fournir une expertise spéciale* au besoin dans des domaines comme le contrôle du processus statistique ou l'harmonisation des structures de gestion.

Certaines organisations ont mis en application l'approche d'ACQ sans l'aide de consultants, en ne se servant que des ressources disponibles dans l'organisation. La décision d'embaucher ou non un consultant dépend des préférences, de l'expérience et de la disponibilité des ressources d'une organisation.

### UNE « RECETTE »

Une recette fondée sur la recherche pour faire une percée dans l'amélioration et le service :

1. Concentration sur la clientèle
2. Innovation par la technologie de l'information
3. Méthode empirique pour prédire la réussite
4. Leadership (Gustafson, tel que cité dans Gertais, 1999)

## LE PLAN D'ACQ

*Si vous ignorez où vous allez, le chemin à prendre importe peu. [traduction]*

Épouvantail, *Le Magicien d'Oz*

### FEUILLE DE ROUTE



Comme toute initiative stratégique d'importance, l'ACQ demande un plan général. À l'intérieur des structures organisationnelles complexes qui composent habituellement les organisations de soins de santé, il est essentiel de retrouver une « feuille de route » commune pour gérer le processus de déploiement de l'ACQ. Sans un plan d'ACQ, il est possible que l'initiative soit fragmentée et que d'importants aspects soient ignorés.

Le plan d'ACQ doit démontrer de la pertinence et de l'appartenance. La pertinence révèle la nécessité que le plan d'ACQ soit fait sur mesure pour les besoins individuels de l'organisation. Il n'existe pas de formule ni de plan simple applicables à toutes les organisations. En effet, les plans individuels d'ACQ seront aussi uniques aux départements ou aux programmes d'une organisation et seront donc pertinents à ce département. La pertinence doit être élaborée à partir de l'intérieur de l'établissement ou du département.

Le plan d'ACQ doit être mené par la vision de l'organisation et les ressources nécessaires pour le soutenir. Il est vital que le plan d'ACQ soit relié à la stratégie générale de l'organisation.

*Ces années d'expérience nous ont permis de constater que, pour soutenir un programme d'amélioration continue de la qualité, une organisation doit définir clairement ses intentions, planifier ses interventions et mesurer les résultats. Le plan d'intervention actuel et les échéanciers établis par le conseil d'administration témoignent du désir du CLSC d'aller de l'avant et, en particulier, de maintenir des services de grande qualité. [traduction]*

Yves Poirier  
Directeur général, CLSC La Petite Patrie  
Montréal (Québec)



## ÉLÉMENTS D'UN PLAN D'ACQ

Chaque initiative d'ACQ est particulière à un établissement et la même unicité s'applique au plan d'ACQ. Il existe cependant certains éléments communs retrouvables dans plusieurs plans organisationnels d'ACQ devant se pencher sur plusieurs des questions suivantes :

- ♦ **Historique** : Pour quelles raisons l'organisation est-elle rendue à ce point? Qu'est-ce qui a été réalisé à ce jour? De quelle façon le plan d'ACQ s'intégrera-t-il au passé?
- ♦ **Définition de l'ACQ** : Que signifie l'ACQ dans cet établissement? Quelle est la portée de son application?
- ♦ **Vision** : Quel avenir l'établissement souhaite-t-il en matière de clients, de fournisseurs, de processus, etc.?
- ♦ **Valeurs** : Quels sont les trois ou quatre principes organisationnels de base qui fournissent le contexte comportemental pour toutes les activités de l'organisation?
- ♦ **Calendrier de mise en application** : Cette section, le cœur du plan, est souvent très détaillée et particulière. Quelles sont les activités, les principales responsabilités, les objectifs et les dates cibles pour améliorer le rendement de plusieurs aspects clés de l'ACQ? Comprend-elle un plan détaillé de mise en application pour l'effort exhaustif de formation crucial à la réussite de l'ACQ?

Au fur et à mesure que la culture d'ACQ grandit dans l'établissement, cette section se penche aussi sur les questions suivantes :

- Quels sont les processus importants à améliorer qui ont été ciblés?
- Quelles équipes interfonctionnelles sont mises sur pied, sont actives ou ont achevé leurs activités d'amélioration du processus?
- Qui sont les maîtres d'œuvre de ces principales améliorations du processus?

### ÉLÉMENTS

*Le passé*

*La portée*

*La vision*

*Les principes de base*

*L'échéancier*

*Les principaux points*

*Les liens*

*La reddition de comptes*

- De quelle façon ces activités d'amélioration du processus sont-elles reliées à la vision de l'organisation?
- ♦ **Liens** : De quelle façon les facilitateurs, les formateurs, les coordonnateurs, le personnel médical, les comités de la qualité des unités de soins et des départements et les équipes d'amélioration travailleront-ils ensemble? De quelle façon seront-ils associés au comité directeur général et au plan général? De quelle façon les principes et les valeurs ainsi que le plan de l'ACQ seront-ils communiqués à tout le personnel de l'organisation?
- ♦ **Attribution des responsabilités** : Quelles sont les responsabilités des cadres supérieurs envers les surveillants de première ligne, les collaborateurs individuels, les coordonnateurs et les équipes d'amélioration? De quelle façon chacun rendra-t-il compte des activités d'amélioration?

## ÉLABORATION DU PLAN

Le plan d'ACQ doit, par nécessité, se pencher sur les diverses composantes de l'ACQ décrites dans le modèle théorique d'ACQ adopté par l'organisation. Les catégories générales suivantes devront être considérées :

- ♦ **Contexte** : L'établissement doit s'engager de façon significative à la mise en application d'une initiative d'ACQ en incorporant un changement culturel dans l'attitude envers le personnel, les clients et les fournisseurs. Les cadres dirigeants doivent démontrer activement cet engagement, mais tout le personnel doit comprendre le raisonnement et les principes de l'ACQ ainsi que la vision de l'organisation. Les processus d'embauche, d'orientation et de promotion doivent refléter les principes de l'ACQ et les valeurs de l'organisation. Il faut bien se concentrer sur les clients internes et externes ainsi que sur les processus. On doit élaborer un plan de communication ayant comme objectifs d'informer, d'expliquer, de motiver et d'engager tout le personnel de l'établissement dans le processus et les principes de l'ACQ afin de commencer à changer la culture de l'organisation.
- ♦ **Potentiel** : Il faut offrir à tout le personnel qui participe au processus d'ACQ, qui l'appuie et qui le dirige la chance d'acquérir de nouvelles compétences de façon exhaustive, intense et à grande échelle. On doit concevoir un plan d'enseignement et d'acquisition de compétences

### COMPOSANTES

*Contexte*

*Potentiel*

*Capacité*

*Infrastructure*

en vue de déterminer les aptitudes nécessaires pour entreprendre et soutenir la stratégie de mise en application de l'ACQ, planifier les meilleures stratégies d'enseignement et d'apprentissage disponibles comme la formation « au moment opportun » et planifier une évaluation efficace du plan de perfectionnement de l'enseignement et des compétences.

- ♦ **Capacité :** En plus de l'acquisition de compétences pour appuyer l'ACQ, l'organisation doit développer des aptitudes ou des compétences pour soutenir les qualités qu'elle juge importantes, comme celles de cibler le client, de prendre des décisions à la suite de l'analyse des données et de travailler en équipe.
- ♦ **Infrastructure :** Tous les systèmes (p. ex., les finances, les ressources humaines) et les structures doivent s'harmoniser pour appuyer les besoins des fournisseurs de soins de santé et de soins aux malades. Il faut harmoniser les processus de récompense et de reconnaissance du personnel pour renforcer les principes de l'ACQ et les valeurs organisationnelles. Ce qui importe avant tout, c'est que tout le personnel doive participer activement aux activités des équipes d'amélioration. Il faut établir des mesures convenables d'indicateurs de qualité et de résultats en matière de soins aux malades, les mesurer et les utiliser pour déterminer les domaines d'amélioration possible. Il faut effectuer continuellement des sondages auprès des clients pour déterminer leurs besoins changeants (Andrews et coll., 1994).

#### *Les plans des départements et du programme*

Chaque programme départemental, divisionnaire, d'unité de soins ou médical devrait aussi élaborer des plans d'ACQ. Ces plans peuvent être tout aussi détaillés et exhaustifs que le plan général, mais ils doivent s'harmoniser à celui-ci et le soutenir. Les plans des programmes départementaux devraient se composer d'une forme et d'une terminologie communes afin de faciliter les initiatives d'amélioration interfonctionnelles. Le plan général se concentre sur les initiatives stratégiques et les domaines importants exigeant un processus d'amélioration et de déploiement de l'initiative générale d'ACQ. Le plan départemental ou du niveau de l'unité se concentre sur les objectifs et les processus particuliers à chaque secteur de l'établissement. Il se préoccupe surtout de la façon dont le personnel participe à l'ACQ et, inversement, exige des données et une participation exhaustive du personnel dans son élaboration. Le plan général et le plan départemental ou du niveau de l'unité doivent équilibrer les initiatives à long terme avec les objectifs à court terme. Les premières réussites, même petites, sont précieuses pour soutenir l'élan.

---

*L'amélioration continue de la qualité demande de la formation, de l'inspiration et l'acquisition de compétences, chacun de ces éléments étant un facteur séparé et critique. [traduction]*

Jim Clemmer  
Président, The Clemmer Group  
Kitchener (Ontario)

---



## LE PLAN D'ACQ : UN DOCUMENT EN PLEINE ÉVOLUTION

Une fois l'ébauche du plan élaborée, il est crucial que l'équipe des cadres supérieurs adopte et soutienne le plan. Le plan d'ACQ a une profonde incidence sur l'organisation, et le PDG en association avec les dirigeants cliniques doit être prêt à l'appuyer en lui consacrant du temps, en intervenant et en fournissant les ressources de l'organisation appropriées. Il faut modifier le plan jusqu'à ce qu'il y ait un consensus de soutien et d'approbation.

En résumé, le plan annuel d'ACQ fournit un cadre commun à l'aide duquel l'organisme de soins de santé peut progresser au cours du voyage de l'ACQ. Il s'agit d'un document en évolution qui changera avec l'atteinte de la qualité au sein de l'organisation et qui continuera de mettre l'accent sur différents secteurs de l'ACQ au fur et à mesure que l'organisation traversera chaque étape d'évolution de l'ACQ.

## UN PLAN RÉGIONAL EN MATIÈRE DE QUALITÉ

UN PLAN DE GESTION POUR INTÉGRER ET COORDONNER LA QUALITÉ  
POUR LA RÉGION DES SERVICES DE SANTÉ DE NORTH SHORE  
NORTH VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE)

Ce plan fournit un cadre pour élaborer et mettre en application une approche intégrée et coordonnée en vue de contrôler et d'améliorer les soins de santé et les services de santé de la région.

Les composantes clés du plan sont les suivantes :

- les buts et les principes régionaux en matière de qualité;
- la proposition d'un cadre de reddition de comptes soulignant les rôles, les responsabilités et les rapports hiérarchiques;
- les stratégies de mise en application.

### BUTS DE LA QUALITÉ

Les buts d'une approche intégrée de la qualité de la région des services de santé de North Shore sont les suivants :

1. Fournir un cadre, un langage et une approche communs pour améliorer la qualité chez les dispensateurs de soins de toute la région.
2. Augmenter la reddition de comptes et encourager une prise de décisions informée, surtout par rapport à la façon d'utiliser les ressources pour arriver aux meilleurs résultats.
3. Appuyer l'objectif de la région, c'est-à-dire l'élaboration d'un système de prestation intégré et uniforme, et en faciliter la poursuite.
4. Démontrer l'engagement de la région à faire participer les consommateurs à la définition des besoins en soins de santé et en services ainsi qu'en soins de qualité.
5. Bâtir le potentiel de l'organisation en habilitant le personnel et les équipes à assumer plus de responsabilités de gestion et en améliorant la qualité de vie de la population desservie.
6. Fournir une façon de relier les indicateurs de santé de la population et les résultats avec les indicateurs de rendement du système de santé.

### Vision

Ces objectifs sont en harmonie avec la vision de santé de la région et sont orientés vers cette vision, qui englobe les cinq principes suivants :

- une meilleure santé;
- une participation et une responsabilité accrues de la part du grand public;
- une prise de conscience de la santé;
- le respect du dispensateur de soins;
- la gestion efficace du nouveau système de soins de santé.

### CADRE

Ces objectifs doivent se réaliser dans les limites du cadre suivant :

1. la création d'une culture de qualité;
2. la mise en application de structures et de processus pour soutenir la qualité;
3. la construction de l'infrastructure technique pour appuyer la qualité;
4. l'harmonisation des initiatives en matière de qualité et des priorités stratégiques.

On a élaboré des objectifs de mise en application dans des périodes de trois, six et douze mois pour chacune de ces stratégies.

Le plan régional a été préparé par HMRG, groupe consultatif du secteur public en matière de santé. Consulter l'annexe D pour obtenir plus de renseignements sur ce plan de gestion régional.

## STRATÉGIES DE COMMUNICATION

### La communication efficace



Une communication efficace est essentielle à la réussite de la mise en application de l'amélioration de la qualité dans une organisation. L'ACQ amène des changements aux valeurs, aux attitudes, aux comportements et, en fin de compte, à la culture d'une organisation.

Le plan de communication de l'ACQ tient compte du fait que le message transmis n'est pas uniquement de l'information, mais un nouvel ensemble de valeurs et de nouvelles façons d'examiner et d'améliorer la manière d'effectuer le travail. Étant donné que l'ACQ est un processus sans fin, il est important que le plan de communication aille au-delà de l'annonce initiale pour appuyer et renforcer les efforts à toutes les étapes de mise en application de l'ACQ.

### L'analyse environnementale

Un plan de communication se conçoit en pensant à l'environnement, à la culture et aux pratiques de l'organisation. La première étape de rédaction demande souvent d'effectuer une analyse environnementale.

Une analyse environnementale comprend un examen de l'origine de l'initiative d'ACQ, l'environnement dans lequel on a présenté l'ACQ, la stratégie conçue pour sa présentation, les dirigeants qui seront les maîtres d'œuvre de la mise en application de l'ACQ et le niveau de prise de conscience et de compréhension de l'auditoire concernant les concepts présentés.

L'analyse environnementale vise à recueillir l'information nécessaire à la conception et à la mise en application d'un plan sur mesure aux besoins de l'organisation.

## ÉLÉMENTS DU PLAN DE COMMUNICATION

---

Un plan de communication tient compte des éléments suivants :

- ♦ Le message
- ♦ Les auditoires
- ♦ Les objectifs
- ♦ Les médias
- ♦ Les messagers
- ♦ Le facteur temps

### *Le message*

Un bon plan de communication repose sur une compréhension claire du message à communiquer et sur l'entente des cadres supérieurs de l'organisation à son sujet. Ce message révèle la mise en application de l'ACQ et les valeurs qui y sont liées. La communication vise à livrer et à renforcer ce message central de façon constante et continue.

### *Les auditoires*

Le plan de communication devrait clairement identifier les auditoires ciblés, ceux qui sont cruciaux à la réussite de la mission; il s'agit des « clients » du plan de communication, tant internes qu'externes. Dans un établissement de santé, les clients internes comprennent les membres du conseil, les dispensateurs de soins de santé, les bénévoles et les auxiliaires ainsi que tous les employés, des membres de la haute direction jusqu'au personnel de première ligne. Les clients externes sont constitués des malades et des membres de leur famille, des visiteurs, des étudiants, des fournisseurs, des fournisseurs de services du secteur privé, des autres dispensateurs de soins de santé du continuum, des organisations associées et des groupes intéressés, des fonctionnaires gouvernementaux, des médias et du grand public.

Le plan de communication doit tenir compte de l'importance relative de chaque groupe de clients dans la réussite de l'organisation en ce qui a trait à la réalisation de sa mission, à ses attitudes, à ses comportements et à son niveau de connaissances actuels et à la direction et à l'étendue du changement dans les attitudes, le comportement et les connaissances à cibler.

### *Les objectifs*

Les objectifs du plan de communication vont de la transmission de l'information au soutien du changement.



*Augmentation  
de la prise de  
conscience*

*Enseignement*

*Motivation*

Initialement, la communication vise à augmenter la prise de conscience de l'initiative d'ACQ – ses concepts de base et la façon dont ils sont reliés aux activités et aux autres initiatives stratégiques de l'organisation. Dans les étapes suivantes du processus de mise en application, d'autres renseignements, comme l'amélioration de la qualité et les succès réalisés, sont communiqués à tout le personnel sur une base régulière pour soutenir son intérêt et le stimuler à poursuivre ses efforts.

Il est important que le personnel comprenne la raison de l'introduction de l'ACQ, ce qu'elle signifie, ce qu'elle comprend et ce que l'on attend des employés, les méthodes et les outils pour réaliser les améliorations et la façon dont le processus d'ACQ affectera les différentes parties intéressées.

L'amélioration continue de la qualité ne se produit pas du simple fait que les employés ont été informés du besoin d'un changement. L'un des objectifs importants du plan de communication est donc de motiver les employés, de les stimuler à agir et de renforcer leur engagement envers les concepts et les valeurs de la qualité. Pour ce faire, il est important de communiquer les réussites, même les plus petites.

Une façon efficace de rallier les employés aux concepts et aux principes de l'ACQ est de les faire agir et participer pleinement au processus de changement. L'un des objectifs de la communication est, par conséquent, d'engager les employés dans un travail d'équipe et dans l'application active des principes de l'ACQ et de les inciter à se servir des méthodes d'ACQ dans leur travail quotidien.

Cet objectif ne peut être respecté que si les efforts de communication sont soutenus et continus. Au début, les efforts doivent être centralisés et intensifs, même si l'effet peut être minime et peu évident. Au fur et à mesure que le message d'ACQ se répand, les gens commencent à interagir et à influencer les uns sur les autres, et ils deviennent partie intégrante du réseau de communication.

### *Les médias*

Le message d'ACQ doit être communiqué en se servant autant que possible des programmes existants. Cette méthode n'est pas seulement rentable; elle renforce aussi l'idée voulant que l'ACQ n'est pas une nouveauté ou un ajout, mais une façon améliorée et plus intelligente de faire le travail. L'incorporation de l'utilisation des programmes existants dans le plan assure aussi que la communication du message d'ACQ est un processus permanent plutôt qu'un événement ponctuel.

Les médias suivants servent à communiquer les concepts, les principes et les méthodes d'ACQ :

- documents imprimés : bulletins, brochures et lignes directrices;
- études de cas fournissant des exemples de l'ACQ en action et faisant connaître les réalisations des équipes d'amélioration de la qualité;
- identité visuelle : logos, épinglettes;
- vidéos documentant l'ACQ en action;
- réunions de gestion tenues de façon régulière et dont une partie de l'ordre du jour est réservée à la discussion ou à l'échange d'information en lien avec l'ACQ et aux mises à jour de l'amélioration de la qualité;



- groupes de travail et comités dans lesquels on démontre les méthodes et les outils d'ACQ pour faciliter le travail d'équipe;
- séances spéciales : séances avec les employés à l'heure du dîner, forums périodiques et programmes éducationnels;
- célébrations et autres occasions spéciales servant à reconnaître et à récompenser les réussites.

### *Les messagers*



Une fois les objectifs, les activités et les médias précisés, on mentionne dans le plan de communication les personnes qui ont la responsabilité d'entreprendre ces activités.

Les dirigeants de l'organisation sont les personnes les plus importantes dans la communication de l'ACQ; cependant, avant que les cadres supérieurs deviennent des défenseurs compétents de l'ACQ, ils doivent comprendre suffisamment les concepts et les pratiques de la qualité pour les communiquer aux autres et les utiliser dans leur gestion quotidienne.

La responsabilité des spécialistes de l'ACQ et de la communication est d'aider les cadres supérieurs en leur fournissant des outils et du matériel nécessaires pour transmettre le message.

Le rôle le plus efficace des cadres supérieurs est de garantir que leurs interventions et leurs décisions seront cohérentes avec les mots utilisés pour transmettre le message d'ACQ.

### *Le facteur temps*

Le plan de communication fait partie intégrante du plan de mise en application de l'ACQ de l'organisation. Toutes les activités de communication doivent être conçues pour appuyer des étapes particulières du plan général et être organisées et transmises en conséquence.

Il est essentiel de prévoir que la transmission de la bonne information et des bons messages au moment opportun est assurée. Ainsi, trop vendre au début ce que peut produire l'ACQ, surtout sans intervention ni justification, peut affaiblir la crédibilité du processus. D'un autre côté, trop peu d'information peut donner une apparence secrète au processus ou ne pas fournir assez de visibilité pour engendrer et transmettre l'enthousiasme et l'élan nécessaires pour entretenir le processus.



*Une bonne information*



*De bons messages*



*Au bon moment*

### RÉSUMÉ D'UN PLAN RÉUSSI

Un plan de communication réussi :

- ☑ est conçu en fonction de la culture d'une organisation particulière;
- ☑ est fondé sur l'acceptation d'un message central et fournit une vision claire de l'avenir souhaité pour l'évolution de l'organisation;
- ☑ relie l'ACQ à d'autres initiatives stratégiques clés et processus administratifs de l'organisation;
- ☑ utilise autant que possible les voies de communication existantes;
- ☑ se concentre autant sur les interventions des gestionnaires que sur les mots;
- ☑ fournit l'information sur l'ACQ en action en communiquant les résultats, les réussites et les leçons apprises;
- ☑ fournit un dialogue pour la mise en pratique des principes de participation des employés et de démocratisation du milieu de travail.

Le plan de communication et chacune des activités mentionnées dans le plan exigent une évaluation continue pour déterminer si les interventions entreprises ont fait une différence quant à l'information, à l'explication, à la motivation et à la participation de tous les employés ainsi qu'en ce qui a trait au changement de la culture de l'organisation.



## RESSOURCES HUMAINES

### RÉPERCUSSIONS DE L'ACQ



Les modèles de gestion de la qualité font appel aux activités réalisées dans tous les secteurs de l'organisation. Pour qu'une initiative d'ACQ réussisse dans un environnement complexe comme celui des soins de santé, il est important de concevoir un plan de perfectionnement et de soutien des ressources humaines constant avec l'activité entreprise. Bien que l'ACQ puisse comprendre des transformations dans la philosophie, la culture et l'attitude, elle doit aussi inclure de nouvelles compétences, méthodes, expertises et des rôles supplémentaires n'ayant préalablement pas été inclus dans le cadre organisationnel.

#### *De nouvelles stratégies*

La réussite de toute initiative d'ACQ dépend du degré de participation, d'engagement et de compétence du personnel à former un nouveau milieu de travail. Les projets prioritaires sur la qualité exigent que de nouvelles équipes utilisent de nouveaux outils pour créer des solutions et des améliorations. Un nouveau style de leadership et, en fait, de nouveaux dirigeants doivent ressortir pour se pencher sur ces défis. Les plans sur les ressources humaines doivent peut-être comprendre une stratégie de formation d'équipes, une formation sur la gestion de projet et des programmes de primes ou de récompenses pour appuyer l'effort général de l'ACQ.

L'amélioration continue de la qualité a des répercussions sur les ressources humaines dans plusieurs secteurs de l'organisation où le facteur temps demande d'aller au-delà d'une formation brève. Voici un résumé des domaines susceptibles d'avoir des répercussions et des questions à traiter lorsqu'ils auront un rapport particulier avec la participation à l'ACQ.

- ♦ Existe-t-il des responsabilités continues pour l'équipe, le consultant ou la gestion du projet et quelle est la meilleure façon de déléguer ces responsabilités?
- ♦ Les cadres supérieurs médicaux et infirmiers possèdent-ils assez de temps pour entreprendre une formation approfondie et mener leur personnel à travers les tâches de planification et d'amélioration de la qualité?

- ◆ Quels mécanismes existe-t-il pour attirer bon nombre de dirigeants cliniques à assumer, à temps partiel, à mi-temps ou à temps plein, des rôles en amélioration de la qualité (selon la taille de l'organisation)?
- ◆ Encourage-t-on les experts en recherche clinique à étudier les indicateurs et les résultats cliniques pouvant servir à évaluer l'efficacité des soins?
- ◆ Combien d'années-personnes le groupe des services et de la technologie de l'information a-t-il besoin pour élaborer et maintenir une base de données sur la qualité?
- ◆ Est-il nécessaire d'avoir une équipe d'experts en documents pour résumer quotidiennement les indicateurs de qualité importants tirés de tous les documents?
- ◆ L'organisation a-t-elle besoin d'un ou de plusieurs spécialistes en gestion de la qualité et est-il préférable qu'ils soutiennent les services cliniques ou les services administratifs?
- ◆ L'organisation a-t-elle besoin de personnel technique pour analyser le processus ou les résultats?
- ◆ En raison de l'expansion des techniques d'enseignement et de formation en matière d'ACQ dans les soins de santé (bandes sonores, conférences par satellite, ateliers interactifs particuliers), l'organisation a-t-elle besoin, à l'interne, d'enseignants en matière de qualité et de matériel didactique supplémentaire?
- ◆ L'éducation est-elle disponible dans des programmes externes menés par des organisations professionnelles, des universités ou des groupes de consultants?
- ◆ Le département des ressources humaines participe-t-il aux stratégies de dotation nécessaires à la mise en application de l'amélioration continue de la qualité? L'organisation a-t-elle besoin de personnel possédant diverses caractéristiques ou une expertise différente dans l'environnement de l'ACQ? Le processus d'examen des titres peut-il encourager l'expérience en qualité des soins?

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des répercussions de l'ACQ sur les ressources humaines, mais il est important que des questions de cet ordre soient clairement posées au tout début de la planification de la qualité. Pour réussir à mettre en application une initiative de qualité à long terme, il faut se pencher sur un plan de ressources humaines bien conçu; autrement, les objectifs en matière de qualité ne seront peut-être pas réalisés ni soutenus, car les gains initiaux peuvent se perdre si le personnel n'est pas convenablement préparé ni appuyé.

### *Les organisations plus petites*

Les établissements ou organismes plus petits auront peut-être des besoins spéciaux en ressources humaines pour l'ACQ. Bien qu'ils ne puissent peut-être pas se payer le luxe de confier les tâches d'ACQ à des spécialistes, ils peuvent avoir l'avantage de posséder plus de souplesse et d'être plus à proximité de la collectivité, du malade et du « client ». Dans le même ordre d'idées, les petits groupes professionnels ne doivent pas croire qu'ils sont vraiment désavantagés en raison du fait que tout groupe peut déterminer des projets de qualité particuliers et, à l'occasion, même les petits changements peuvent avoir une portée considérable sur la satisfaction du client et le sentiment du travail accompli chez le personnel.

## FAÇONS D'APPUYER LE PERSONNEL CLINIQUE DANS L'ACQ

### *L'élément critique*

Il y a avis unanime pour dire que la participation et le soutien constructifs du personnel clinique – les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé responsables de fournir des soins de santé directement aux malades – est un élément crucial, peut-être *l'élément crucial*, à l'amélioration de la qualité dans le système de santé. Berwick et coll. (1990) a examiné des facteurs généraux qui encouragent l'appui du médecin, comme le fait de se concentrer sur les problèmes cliniques prioritaires et l'offre d'outils pratiques pour analyser et procéder à un changement.

### *La participation des médecins*

Dans le contexte canadien, les établissements concernés doivent examiner directement la question des primes de participation des médecins. La méthode de rémunération constitue probablement la différence de base entre les médecins et les autres membres du personnel. Les médecins rémunérés entièrement par les régimes provinciaux d'assurance d'après la formule de rémunération à l'acte devront peut-être négocier avec les établissements des arrangements à la séance ou un salaire, si leur engagement dans la gestion de la qualité est d'une durée importante. On a dénombré des exemples de réussite aux États-Unis, où des médecins intéressés sont embauchés à temps partiel pour mener des initiatives cliniques d'ACQ. Bon nombre d'établissements canadiens déterminent, de nos jours, des responsabilités de gestion de la qualité particulières pour les médecins et les incorporent dans des arrangements relatifs aux échanges de compensation. Ce genre d'investissements dans des rôles relatifs à la qualité peut produire des gains considérables dans l'éducation du personnel et le soutien à la qualité et se traduire en des gains directs en matière d'efficacité, de rendement et de satisfaction du malade.

### *Les réunions de comité*

Une source commune de frustration du personnel – trop de comités et de réunions – peut fournir une autre possibilité d'améliorer la qualité. Si les résultats que produisent les comités peuvent être révisés et que l'on en arrive à réduire considérablement le nombre de comités, le personnel acceptera probablement plus facilement le fait de passer du temps à une formation particulière en matière de qualité et à un travail sur le projet. Plusieurs établissements ont grandement réduit le nombre de comités permanents ne contribuant pas à l'amélioration de la qualité, ont mis sur pied des équipes de projet pour se pencher sur des solutions susceptibles d'accroître la qualité.

### *L'infrastructure*

L'affectation de coordonnateurs de recherche et de projet capables de fournir l'infrastructure de soutien pour les priorités d'amélioration ressortant des secteurs cliniques est un autre mécanisme pratique pouvant encourager la participation du personnel des départements médicaux. Ces coordonnateurs jouent un rôle essentiel dans l'étude des processus, le suivi des indicateurs de résultats et l'élaboration des rapports périodiques.

En attribuant suffisamment de temps et en soutenant l'infrastructure incorporée dans son plan en matière de qualité, l'organisation augmente ses chances de réaliser des gains significatifs en matière de qualité.

### CONSEILS POUR FAIRE PARTICIPER LE PERSONNEL PROFESSIONNEL À L'ACQ

- ♦ S'en remettre à la formation scientifique et à la fierté professionnelle que les médecins et le personnel clinique ont acquises grâce à leurs études, à leur formation et à leur expérience.
- ♦ Organiser des réunions de courte durée avec des ordres du jour bien planifiés, comprenant le but et les objectifs de la réunion.
- ♦ Donner aux médecins des données situationnelles concrètes (p. ex., GMA) sans nommer le médecin.
- ♦ Mettre l'accent sur la confidentialité.
- ♦ Faire participer dès le début les médecins et les autres membres du personnel clinique pour arriver à un consensus
- ♦ Faire en sorte que les engagements en matière de temps soient minimales et clairs.
- ♦ Être honnête en ne fournissant aucune donnée secrète.
- ♦ Servir de la nourriture pendant les réunions.
- ♦ Concentrer les discussions sur ce qui est le mieux pour les malades et leur famille plutôt que sur les coûts ou l'administration.
- ♦ Fournir, dans la mesure du possible, des primes comme des fonds de perfectionnement professionnel.
- ♦ Mettre l'accent sur les améliorations dans les soins et la confiance mutuelle dans les partenariats entre l'hôpital et les médecins.
- ♦ Orienter l'attention sur les processus défectueux plutôt que sur les individus.
- ♦ Reconnaître et célébrer la réussite.

R.H. Wensel, MD, FRCP(C)  
Consultant en soins de santé  
Edmonton (Alberta)

## LEADERSHIP DU MÉDECIN

### *Diriger et gérer*

Le leadership est axé sur la production d'un changement nécessaire. Par ailleurs, la direction collabore avec les gens et les processus à la production de résultats prévisibles. « L'un n'est pas supérieur à l'autre, mais nous avons besoin de médecins qui peuvent à la fois diriger et gérer. »

### *Acquérir de nouvelles compétences*

Recevoir la responsabilité de diriger ne confère pas la capacité de présider une réunion d'équipe, d'établir un processus de soins ou d'élaborer et de gérer un budget. Il faut acquérir ces compétences et plusieurs autres de niveau supérieur pour devenir efficace dans l'amélioration de la qualité des soins aux malades.

### *Lorsqu'on nous demande de diriger*

- ◆ S'harmoniser à un objectif partagé
- ◆ Apprendre à bien connaître le processus
- ◆ Éloigner la peur
- ◆ S'améliorer
- ◆ Tenir des propos venant du cœur

(Adapté de Reinertsen, 1998)



# ÉDUCATION

*Nous devons façonner l'amélioration de la qualité à notre culture et à notre établissement et nous devons tous savoir que nous apprenons ensemble. [traduction]*

— Arnold, 1993

## *Les questions en matière de connaissances et de compétences*



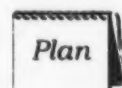
Le besoin de programmes d'éducation et de formation exhaustifs et continus s'est avéré l'une des leçons que plusieurs organisations de soins de santé parmi les premières à mettre en application l'ACQ ont apprises. « Les dirigeants ont besoin de formation en matière de concepts fondamentaux, de planification stratégique et de méthodes techniques; les gestionnaires ont besoin de formation sur place pour diriger la mise en application; les équipes ont besoin d'une formation au moment opportun concernant les outils de base et les experts locaux (quelquefois surnommés « facilitateurs » ou « entraîneurs ») ont besoin de formation et de voies de perfectionnement professionnel pouvant leur fournir les outils nécessaires pour aider les établissements à changer. » (Berwick et coll., 1990) [traduction]

Le programme d'éducation élaboré ou acquis par l'organisation doit traiter des questions de formation sur les connaissances et les compétences de base requises. Le personnel a besoin d'éducation pour acquérir un bloc de connaissances dans les concepts et les principes d'ACQ et la théorie sur laquelle se fonde le perfectionnement des compétences individuelles et de l'équipe.

### UN PLAN D'ÉDUCATION

Un plan d'éducation et formation se penche sur les questions suivantes :

- ◆ Quels sont les besoins de perfectionnement du personnel en matière de connaissances et compétences?
- ◆ Qui sera formé comme moniteur du programme et des classes de formation?
- ◆ Qui recevra cette formation?
- ◆ Quelle est la période la plus convenable pour ce genre de formation ?





## CONNAISSANCES

Les connaissances à transférer à tout le personnel devraient servir à répondre aux questions suivantes :

- ◆ Pourquoi changer?
- ◆ Quel est le besoin de changement dans le système canadien de soins de santé en général et dans les établissements du secteur privé en particulier?
- ◆ Comment peut-on définir la qualité? Quel est le coût associé à la qualité?
- ◆ Pour quelle raison doit-on se concentrer sur la prévention plutôt que sur l'inspection?
- ◆ Quelles sont les attentes des clients et pourquoi est-il si important de se concentrer sur le client?
- ◆ Qu'est-ce qu'un processus de travail?
- ◆ Pourquoi est-il si important de se concentrer sur un processus pour améliorer la qualité de façon continue?



L'éducation fait appel à des techniques servant à mesurer et à évaluer des processus. On utilise des outils statistiques pour aider le personnel à comprendre les processus actuels et déterminer et mesurer la variation dans les processus afin de réaliser les améliorations. Des outils comme les graphiques de Pareto, des organigrammes, des diagrammes cause-effet (ou en arête de poisson), des diagrammes de contrôle et des tableaux de bord, des histogrammes et des diagrammes de dispersion aident à transformer des données compliquées en graphiques puissants et visuellement simples.

*Il est possible et souhaitable que chaque membre de l'organisation utilise une méthode scientifique d'amélioration des processus dans son activité quotidienne. La gestion de la qualité vise à mettre les outils scientifiques d'amélioration du processus à la portée de chaque employé.*  
[traduction]

— Berwick et coll., 1990

## ACQUISITION DE NOUVELLES COMPÉTENCES

La mise en application de l'ACQ dans une organisation exige une métamorphose culturelle. Ce genre de changement dans une organisation demande des changements comportementaux à tous les niveaux de personnel. Les capacités du personnel à travailler dans ce nouvel environnement et leurs niveaux d'aptitude en matière de relations interpersonnelles, de communication, de formation d'équipe et de résolution de problèmes sont des facteurs cruciaux pour la réussite de la mise en application d'une initiative d'ACQ. Une approche bien étudiée et prouvée en matière d'acquisition de nouvelles compétences façonne le comportement, car elle se concentre sur le comportement plutôt que sur les connaissances. L'imitation comportementale comprend un processus



en quatre étapes, dont l'adoption d'un ensemble « d'interventions clés » ou « d'étapes d'intervention » en ce qui concerne une compétence donnée, montrant des exemples (positifs et négatifs) de la compétence utilisée, mettant en pratique la compétence à l'aide d'une situation vraiment reliée à l'emploi et fournissant des commentaires constructifs pour renforcer et améliorer la compétence.

Un programme de formation des compétences devrait tenir compte des composantes suivantes :

- ◆ Compétences personnelles
- ◆ Compétences concernant l'efficacité de l'équipe
- ◆ Outils de contrôle de qualité
- ◆ Améliorations du procédé



## APTITUDES PERSONNELLES

*On demande au changement de ne pas être marginal [c'est-à-dire qu'on demande aux gestionnaires responsables du changement de faire en sorte que ce dernier ne soit pas marginal]; c'est fondamental. Le changement exige l'engagement de plusieurs personnes, et non de quelques-unes. Sa nature est révolutionnaire, et non évolutionnaire. Il supplie les dirigeants, et non les gestionnaires, d'effectuer les transformations que la plupart des organisations exigent. [traduction]*

— Tichy et Devanna, 1986

La puissance de la chaîne interne client-fournisseur dépend grandement de la force des aptitudes personnelles de tous les membres de l'organisation, y compris non seulement des aptitudes techniques et reliées à l'emploi, mais aussi des aptitudes personnelles en leadership utiles pour traiter avec les collègues, les fournisseurs et les clients (internes et externes). Parmi ces aptitudes, mentionnons la capacité de communiquer efficacement, de planifier, de négocier, de résoudre les problèmes, de bâtir des relations solides et de faire partie d'une équipe. Ces aptitudes servent à appuyer le mouvement vers la participation, la collaboration, l'engagement du personnel et l'habilitation.

Au fur et à mesure que les rôles et les attentes du personnel se déplacent, les rôles et les responsabilités des surveillants de première ligne et des gestionnaires doivent aussi évoluer. Il s'agit, pour les gestionnaires intermédiaires, d'une évolution vers des rôles d'entraîneur ou de facilitateur. Les aptitudes requises pour ces nouveaux rôles comprennent la capacité de préciser les nouvelles normes de reddition de comptes et de faire le suivi pour soutenir l'élan, l'encouragement et la récompense des efforts d'amélioration en plus de pouvoir fournir des commentaires constructifs et un appui correctif.



Au fur et à mesure que le rôle du gestionnaire évolue vers celui d'enseignant, on s'attend à ce que le gestionnaire démontre des aptitudes d'enseignant et de facilitateur. Cette formation est axée sur la découverte de façons d'expliquer les concepts de qualité grâce à de vrais exemples et à la participation du personnel dans une expérience d'apprentissage.

## APTITUDES D'EFFICACITÉ DE L'ÉQUIPE

*Les commentaires et la participation des membres de différents départements et de diverses disciplines doivent être normalement incorporés dans la philosophie d'amélioration du processus de toute l'organisation. [traduction]*

— Eskildson et Yates, 1991

Chaque membre du personnel qui applique des outils d'amélioration de la qualité peut faire une différence importante dans l'organisation; il est cependant rare qu'un seul membre du personnel possède les connaissances et l'expérience pour comprendre chaque étape d'un processus de travail. C'est pour cette raison que les principaux gains en matière de qualité sont réalisés grâce à la formation d'une équipe pour étudier les problèmes complexes et interfonctionnels. Pour faire d'un groupe une équipe hautement fonctionnelle, il faut clarifier les rôles, tenir des réunions efficaces, s'occuper des comportements dérangeants et s'engager. (Consulter la figure 2 à la page suivante.)

Les aptitudes en résolution de problèmes constituent un atout fondamental aussi lorsqu'une organisation en arrive au point où un grand nombre d'employés participent à la détermination des problèmes et des solutions et sont à l'écoute des besoins et des attentes de la clientèle et y répondent. La résolution efficace des problèmes comprend une série d'étapes interdépendantes. Il est souvent nécessaire que plusieurs autres personnes participent activement à la découverte du vrai problème, l'analysent et déterminent ce qu'il faut faire.



#### L'ART DU REMUE-MÉNAGES

- Une façon de produire des idées en équipe.
- Peut être formel et structure ou informel.
- Recueillir le plus d'idées possible de chacun, sans y consacrer beaucoup de temps.
- Placer les idées par catégories et décider sur lesquelles se concentrer dans les prochaines étapes.

La gestion de la qualité commence et se termine avec le client. Il est nécessaire d'acquérir des aptitudes à travailler en équipe pour identifier les gens à servir, évaluer la façon de servir les clients et déterminer dans quelle mesure les besoins et les attentes de la clientèle sont respectés.

Figure 2 : FORMATION DE L'ÉQUIPE

ÉTAPES	PROCESSUS
Formation	Les membres de l'équipe apprennent à se connaître; il peut y avoir de la confusion à propos des tâches. Une « charte d'équipe » aide beaucoup à clarifier les rôles et les responsabilités.
Tension	L'absence d'une charte d'équipe claire peut engendrer de la tension (manifeste ou secrète); les membres de l'équipe peuvent éprouver de la frustration ou de la confusion en ce qui a trait aux tâches; il peut survenir un conflit.
Union	Les membres de l'équipe commencent à se rallier et apprécient les forces de chacun et la contribution que chaque membre apporte à l'équipe.
Exécution	L'équipe se caractérise comme une équipe très performante.
Ajournement	L'équipe a achevé son projet.

## OUTILS DE PLANIFICATION D'UNE ÉQUIPE

« Les dispensateurs de soins de santé exigent une nouvelle approche de planification. Rallier des intérêts multiples et des perspectives différentes demande une approche de collaboration qui utilise la recherche d'un consensus et fait appel aux forces des membres. » (Handyside et Parkinson, 1999)

Handyside et Parkinson (1999) suggèrent que les outils de gestion et de planification suivants permettent aux équipes de formuler des plans et de prendre les mesures nécessaires pour concevoir de nouvelles façons de respecter les besoins en matière de soins de santé :

1. **Diagramme d'affinité** : Est utilisé pour engendrer des idées et organiser les problèmes complexes. Un diagramme d'affinité permet à une équipe de produire un grand nombre d'idées et de points et de résumer le matériel en regroupements naturels.
2. **Grphe orienté vers les rapports mutuels** : Illustre les rapports entre les idées, les problèmes et les symptômes qui suggèrent souvent le point de départ d'un projet ou d'un problème et la façon dont une équipe peut mesurer la réussite.
3. **Diagramme en arborescence** : Facilite la détermination de toutes les interventions nécessaires pour atteindre un but. Le diagramme en arborescence est utile à tout plan dans lequel la complexité exige la détermination et l'organisation de plusieurs tâches.
4. **Matrice d'établissement de priorités** : Rend visible le processus de prise de décisions en utilisant des critères et une façon systématique de comparer toutes les options. Cette méthode systématique ne fait pas qu'augmenter la possibilité de faire le bon choix, elle aide les membres de l'équipe à discuter et à régler les différences d'opinion, à se concerter et à se mettre d'accord.
5. **Diagramme matriciel** : Fournit une méthode pour comparer, mettre en corrélation et résumer l'information. Les matrices sont utiles pour résumer un plan et peuvent comprendre des renseignements comme les responsabilités des membres de l'équipe quant aux tâches et aux objectifs et les rapports entre les exigences des clients et les caractéristiques de conception des services et des produits.
6. **Graphique du programme de décision** : Oriente la détermination d'éventuels problèmes et la conception d'interventions de prévention ou de correction, qui sont ensuite incorporées dans le plan.
7. **Schéma de réseau d'activités** : Fournit aux équipes une méthode systématique pour déterminer un calendrier de projet et l'ordre des tâches.



## OUTILS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Les outils descriptifs les plus populaires qu'on utilise pour comprendre un processus sont les suivants :

- Diagrammes de dispersion (deux rapports variables)
- Organigrammes des étapes (variations du temps à court terme)
- Organigrammes (représentation graphique des enchaînements de processus)
- Histogrammes (variations de mesure)
- Diagrammes de contrôle (fluctuations des processus sur des périodes)
- Diagrammes cause-effet (facteurs qui influencent les résultats)
- Graphiques de Pareto (fréquence d'événements, de causes ou d'erreurs dans divers aspects d'un processus)

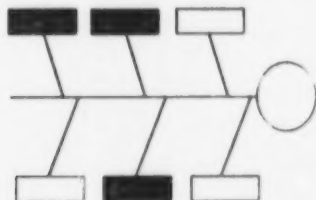


### *L'analyse du processus*

Le personnel peut apprendre et utiliser ces outils descriptifs, et bien d'autres, dans la poursuite de l'amélioration de la qualité. Il est facile de voir que, même si une stratégie d'évaluation peut sembler trop exhaustive, elle fournit l'analyse approfondie d'un processus. Les résultats sont souvent tout près et si évidents que les efforts déployés pour arriver à ce genre de conclusion peuvent sembler injustifiés.

### *La compréhension interdépartementale*

Il est important de remarquer que, contrairement aux efforts traditionnels destinés à l'amélioration, cette stratégie améliore la compréhension interdépartementale sur la façon dont les entrées et les sorties du processus affectent les clients et fournissent une base solide, logique et statistique aux changements apportés au système. Les méthodes traditionnelles offrent rarement ce genre de point de départ, étant donné qu'elles sont fondées sur des hypothèses ou des perceptions personnelles ne tenant pas nécessairement compte de toutes les parties intéressées.



## SUGGESTIONS CLÉS POUR PROCÉDER À UNE AMÉLIORATION RAPIDE

---

**Déterminer le vrai problème.** Passer plus de temps à déterminer les problèmes se traduit, à long terme, en une économie de temps de projet.

- Reporter l'analyse comparative en présence de problèmes évidents.
- Définir le problème selon l'expérience du client.
- Communiquer dès le départ avec le reste de l'organisation.
- Présenter le problème à partir de perspectives différentes.
- Réduire les gros problèmes en plus petites composantes.

**Accélérer les réunions.** Il se perd beaucoup de temps au cours des réunions et toute amélioration dans ce domaine est bienvenue.

- Sélectionner un facilitateur non participant.
- Se réunir avant la réunion.
- Reporter l'évaluation des idées.
- Revoir le tout

**Planifier rapidement.** Réduire la période réservée à l'établissement d'un organigramme de la description du processus en se concentrant sur l'avenir.

- Débuter par la fin. Se concentrer sur l'avenir.

**Recueillir rapidement les données.** On consacre beaucoup de temps à la collecte des données; il est possible de prendre des mesures pour réduire ces délais, telles que :

- Planifier pour que la collecte des données se fasse rapidement.
- Ne recueillir que les données nécessaires.
- Faire un échantillonnage des malades.
- Se fier sur des estimations numériques réalisées par les maîtres d'œuvre du processus.

...../



**Faire des changements rapides à l'ensemble du système.** Plusieurs changements bien pensés ne sont jamais adoptés par toute l'organisation. Voici les étapes pour accélérer l'adoption d'un changement à l'échelle de l'organisation :

- Changer la composition des membres des équipes interfonctionnelles.
- Obtenir des perspectives de l'extérieur.
- Utiliser des affiches visibles et autres médias.
- Aller au-delà de l'intérêt personnel.

(Adapté d'Alemi et coll., 1998)

## AMÉLIORATIONS DU PROCESSUS

Il existe un réseau d'outils complétant ceux qui servent à réaliser les améliorations du processus. La plupart des outils sont assez simples pour permettre au personnel de les utiliser avec une certaine confiance, mais certains exigent beaucoup de connaissances et d'expérience statistiques pour les mettre en application de façon efficace. Le rôle des facilitateurs et des éducateurs internes devient évident en présence du besoin d'utiliser différents outils ou de clarifier l'utilisation et l'interprétation des outils déjà appliqués.

Avec ce genre de réseau d'outils disponibles, il est crucial que des planificateurs, des éducateurs et des facilitateurs compétents soient mis à la disposition du personnel travaillant sur un processus. C'est dans ce genre de situation que le rôle des statisticiens expérimentés, des facilitateurs formés et des consultants expérimentés peut être très précieux pour élaborer une stratégie d'évaluation convenable et maintenir l'élan de l'amélioration de la qualité.

### DESCRIPTION D'UN PROCESSUS

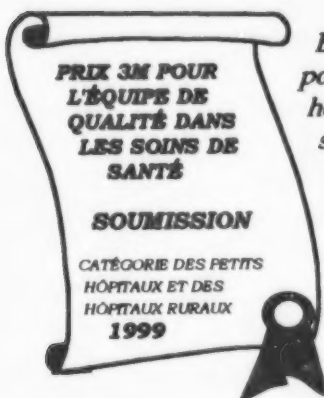
La description d'un processus est un outil pour schématiser l'enchaînement des opérations, du besoin du client à sa satisfaction. Les étapes de base de la description sont les suivantes :

- Affecter un facilitateur pour décrire le processus.
- Sélectionner le processus.
- Sélectionner les membres de l'équipe.
- Définir les objectifs du projet.
- Établir les paramètres du projet.
- Décrire le processus primaire.
- Évaluer les besoins du client.
- Considérer les voies de rechange.
- Utiliser la description pour améliorer le processus.
- Réviser.

(Bissell, 1999)

## **SYSTÈME DE LIVRAISON DES SERVICES ALIMENTAIRES**

### **Partenariat des hôpitaux de Huron-Perth Perth (Ontario)**



*En avril 1997, on a commandé une étude pour examiner les services offerts dans les hôpitaux de Huron-Perth et les services de santé associés. Les membres de l'équipe ont élaboré des recommandations pour effectuer une restructuration à l'échelle régionale. Les objectifs visaient à réaliser des économies en établissant de nouvelles structures d'administration et d'autorité et à mener à bien une approche de tout le système en matière de planification et de prestation de*

*programme. L'étude a indiqué qu'un engagement s'imposait pour réaliser une économie minimale de 10,4 millions de dollars, dont au moins 3,4 millions proviendraient de la consolidation des services administratifs et de soutien. L'étude a mis en évidence une « option préférée » qui soulignait le besoin d'une structure unique d'administration et de soutien pour Huron-Perth. À la suite de cette recommandation, on a formé le « groupe de travail administratif ». Ce groupe a préparé le fondement sur lequel s'est créé le partenariat des hôpitaux de Huron-Perth.*

*Plusieurs équipes de projet se sont réunies pour examiner la faisabilité de la consolidation de divers services de soutien. L'équipe de projet des services nutritionnels et alimentaires a tenu sa première réunion le 23 avril 1997 et a analysé l'exploitation des services alimentaires des huit hôpitaux des comtés de Huron et de Perth. L'équipe était composée de gestionnaires des services alimentaires et de représentants syndicaux, non syndicaux et des ressources humaines.*

*Les systèmes actuels de services alimentaires et les nouveaux systèmes proposés ont été évalués en comparant des exemples de coûts et de qualité. L'équipe a déterminé dix options variant de l'amélioration des méthodes actuelles à l'achat de services externes. En évaluant chaque option à l'aide d'une carte de pointage équilibrée et d'un ensemble de questions qualitatives, l'équipe a adopté en fin de compte un « service genre hôtesse ».*

*Ce type de service se sert de méthodes normalisées, d'une gestion centrale, de la remise en température en bloc, d'aliments préparés par des fournisseurs et de l'informatisation. On sert les repas au chevet du malade ou l'on applique le système de salle à manger en utilisant des chariots de remise en température et de soutien. Ce nouveau processus a engendré un important produit parallèle. Les travailleurs des services alimentaires étaient alors habilités à communiquer directement avec leurs clients (les malades) pour fournir un processus de qualité. Il s'est écoulé une période de 6 à 12 mois (en se servant d'un calendrier d'adoption décalé) entre l'approbation du concept en octobre 1997 et sa mise en application.*

*L'équipe de projet des services nutritionnels et alimentaires a démontré les qualités exceptionnelles suivantes :*

- *leadership dynamique et positif pendant les étapes initiales - passant de huit hôpitaux individuels à un partenariat unique de huit hôpitaux;*
- *démonstration d'économies importantes tout en conservant un service de qualité documenté;*
- *application innovatrice de la technologie;*
- *choix de menu selon un point de service;*
- *approche unique à un système de livraison de services alimentaires en milieu hospitalier;*
- *partenariat avec les fabricants pour mettre au point un chariot de soutien particulier aux besoins des malades et du personnel;*
- *évaluation fondée sur des critères objectifs;*
- *réponse aux commentaires des malades tout au long de la mise en application;*
- *analyse et mise en application détaillées;*
- *modification de l'activité de base, passant de la production alimentaire à un service alimentaire;*
- *réalisation d'un calendrier de mise en application dans les limites des coûts prévus;*
- *rôle significatif pour conserver l'individualité des huit hôpitaux.*

*Tout au long des étapes d'analyse, de mise en application et d'évaluation, cette équipe a démontré un niveau élevé d'engagement professionnel et personnel pour réaliser la vision d'un « service genre hôtesse ». L'équipe a exemplifié l'expression « Croyez en ce que vous faites - ou ne le faites pas ». Les objectifs ont été respectés, on a réalisé des économies et l'équipe continue d'évoluer et de grandir.*

Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements sur les personnes-ressources.



# INDICATEURS



5e partie





## *Vue d'ensemble*

*L'élaboration d'indicateurs a augmenté au cours de la dernière décennie. Cette section fournit des définitions et des exemples courants et souligne les progrès réalisés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ainsi que l'intégration des indicateurs dans le programme d'accréditation du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).*



## ÉLABORATION D'INDICATEURS

*...Les indicateurs devraient en fait mesurer ce dont ils font l'objet (validité); ils devraient fournir la même réponse lorsque différentes personnes les mesurent dans des circonstances semblables (fiabilité); ils devraient être capables de mesurer le changement (sensibilité); et ils ne devraient refléter que les changements apportés dans la situation concernée. En réalité, ces critères sont difficiles à atteindre, et les indicateurs sont, dans l'hypothèse la plus optimiste, des mesures indirectes et partielles d'une situation complexe. [traduction]*

– Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 1998



### DÉFINITIONS

*Un indicateur* est un outil de mesure, un écran ou un drapeau servant de guide pour contrôler, évaluer et améliorer la qualité des soins fournis à la clientèle, les services cliniques, les services de soutien et les fonctions organisationnelles affectant les résultats auprès des clients (Conseil canadien d'agrément des services de santé [CCASS], 1996).

Un *indicateur clinique* est un outil de mesure – un instrument utilisé pour évaluer un aspect mesurable des soins aux malades, comme un guide d'évaluation du rendement d'une organisation de soins de santé ou d'un des praticiens au sein de l'organisation (Marder, 1990).

Dans le préambule de la constitution de l'Organisation médicale de la santé, on définit le mot *santé* comme « *un état de bien-être physique, mental et social, et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

Les *indicateurs de santé* sont des mesures utilisées pour décrire l'état de santé et le bien-être de la population (indicateurs d'état de santé) et les facteurs déterminant ou influençant la santé (indicateurs de déterminant de santé). Des années de bonne santé, des autoévaluations de santé subjectives et un état fonctionnel constituent des exemples d'indicateurs d'état de santé. Le comportement et le style de vie, les habiletés

d'adaptation et la situation socioéconomique sont des indicateurs de déterminant de santé.

Les *indicateurs de sortie du système de santé* décrivent les résultats des processus conçus pour traiter des objectifs de programme ou de service et qui sont achevés. Le coût quotidien moyen d'un client à domicile ou la durée moyenne d'un séjour à l'hôpital sont des exemples d'indicateurs de sortie.

Les *indicateurs de résultats du système de santé* mesurent les changements dans l'état de santé ou les déterminants de santé qui peuvent être attribués à un programme ou à un service. Un changement dans l'état fonctionnel des bénéficiaires de soins à domicile attribuable aux sorties de programme est un exemple d'indicateurs de résultats.

#### AUTRES DÉFINITIONS

Un indicateur de *résultats* mesure l'étendue de la réalisation du changement, de l'effet ou du résultat souhaité pour le client.

Les indicateurs de *qualité technique* mesurent la qualité des soins et des services selon la perspective du professionnel ou du dispensateur de soins.

Un indicateur de *qualité de service* est une mesure de l'étendue à laquelle l'équipe dispense ses services conformément aux promesses expresses ou implicites faites aux clients.

Un indicateur de *satisfaction du client ou du malade* est l'enregistrement de l'expérience d'un client en matière de soins ou de services reçus. Il est étroitement lié à ses attentes personnelles de l'expérience.

Un indicateur de *participation du personnel* a pour objet de mesurer l'engagement de l'établissement de santé envers son personnel et l'engagement du personnel envers son travail, son équipe et son employeur.

— Wilson, 1999

## LEADERSHIP

Étant donné que de nouveaux intérêts se concentrent sur l'utilisation des indicateurs de santé et des mesures de résultats, un consensus ressort sur les indicateurs les plus significatifs.

### *Élaboration des indicateurs*

Il est important, dans le processus d'élaboration et de définition des indicateurs, de relier un concept à une observation récupérable dans un système d'information. Il est relativement facile d'accéder à d'énormes quantités de données; il est toutefois important d'établir en premier les priorités et de déterminer les objectifs et les stratégies de santé qui ont le plus d'importance plutôt que de simplement utiliser les données disponibles et de les laisser façonner les questions à poser (Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 1998).

Les questions importantes sont les suivantes: Qui a besoin de cette information? À quelle fin? Différents ensembles d'indicateurs reflètent différents points de concentration. Il faut poursuivre le travail dans chaque secteur d'élaboration d'indicateurs: sur le plan du système de soins de santé (p. ex., la santé de la population) ainsi qu'à l'échelle de la région, de l'organisation et de l'équipe.

Le travail que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) réalise actuellement appuie une mesure sur le plan du système de santé « macro » et au palier régional.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) déclare ce qui suit: « L'avantage d'un système d'indicateurs réside dans le fait qu'il fournit une série de données périodiques, valides et fiables, pouvant servir à des fins d'analyse se concentrant surtout sur deux dimensions essentielles: les variations dans le temps et les variations d'un endroit à un autre. »

- Les indicateurs permettent de faire des comparaisons entre les établissements de soins de santé à travers les frontières locales, provinciales et nationales qui respectent les mises à l'essai statistiques essentielles de validité et de fiabilité.

Les organismes nationaux et internationaux participant à la qualité des soins de santé sont des chefs de file dans l'élaboration des indicateurs. Ces organismes comprennent le CCASS et l'ICIS au Canada, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) et le National Committee for Quality Assurance (NCQA) aux États-Unis, ainsi que l'European Clearing House on Health Outcomes (ECHHO).

- Lorsque de nouveaux participants adoptent des indicateurs de comparaison établis, ils peuvent suivre le protocole de mesure de ces indicateurs.

### *Cadre des indicateurs de santé*

L'ICIS a lancé un « processus de collaboration visant à déterminer les mesures à utiliser pour rendre compte de la santé de la population canadienne et de son système de santé – pour ensuite partager cette information avec les Canadiens d'un océan à l'autre ».

Les indicateurs ont surtout pour objet d'appuyer les autorités régionales en matière de santé en contrôlant les progrès réalisés dans l'amélioration et le maintien de la santé de la population, et les indicateurs devraient aider à rendre compte aux instances dirigeantes, au grand public et aux groupes professionnels de la santé.

Le cadre des indicateurs de santé comprend :

- l'état de santé;
- les déterminants de santé non médicaux;
- le rendement du système de santé;
- les caractéristiques de la communauté et du système de santé.

ÉTAT DE SANTÉ		
<i>Décès</i>	Une gamme de taux de mortalité spécifique à certains âges et à certains états ainsi que des indicateurs dérivés (p. ex., l'espérance de vie et le nombre d'années de vie perdues).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morts périnatales</li> <li>• Espérance de vie</li> <li>• Morts causées par des maladies circulatoires</li> <li>• Morts causées par le cancer</li> <li>• Morts causées par des maladies respiratoires</li> <li>• Mortalité infantile</li> </ul>
<i>État de santé</i>	Altérations ou attributs de l'état de santé d'une personne pouvant mener à de la souffrance, à la perturbation des activités quotidiennes ou à un contact avec des services de santé; ce peut être une maladie (aiguë ou chronique), un désordre, une blessure ou un traumatisme ou ce peut refléter d'autres états reliés à la santé comme la grossesse, le vieillissement, le stress, l'anomalie congénitale ou la prédisposition génétique (OMS).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthrite</li> <li>• Diabète</li> <li>• Asthme</li> <li>• Maladies d'origine alimentaire ou hydrique</li> <li>• Dépression</li> <li>• Douleur chronique</li> <li>• Obésité</li> </ul>



<i>Fonction humaine</i>	Les niveaux de la fonction humaine sont associés aux conséquences liées aux maladies, aux désordres, aux blessures et aux autres états de santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restriction des activités</li> <li>• Espérance de santé</li> <li>• Santé fonctionnelle</li> </ul>
<i>Bien-être</i>	Mesures étendues du bien-être physique, mental et social d'une personne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estime de soi</li> <li>• Maîtrise de soi</li> </ul>

### DÉTERMINANTS DE SANTÉ NON MÉDICAUX

<i>Comportements de santé</i>	Aspects du comportement personnel et des facteurs de risque qui, selon des études épidémiologiques, influencent l'état de santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de tabagisme</li> <li>• Taux de tabagisme chez les jeunes</li> <li>• Consommation d'alcool régulière et excessive</li> <li>• Activité physique</li> </ul>
<i>Conditions de vie et de travail</i>	Indicateurs associés aux caractéristiques socioéconomiques et aux conditions de travail de la population que des études épidémiologiques ont reliées à la santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplôme d'études secondaires et postsecondaires</li> <li>• Taux de chômage</li> <li>• Chômage à long terme et chez les jeunes</li> <li>• Enfants de famille à faible revenu</li> </ul>
<i>Ressources personnelles</i>	Mesures de prévalence de facteurs comme le soutien social et le stress de la vie que des études épidémiologiques ont reliés à la santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation aux études</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Stress de la vie</li> </ul>
<i>Facteurs environnementaux</i>	Facteurs environnementaux pouvant influencer la santé humaine.	

RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	
<i>Acceptabilité</i>	Tous les soins ou les services fournis répondent aux attentes du client, de la communauté, des fournisseurs et des organisations payantes.
<i>Accessibilité</i>	La capacité pour les clients ou les malades d'obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment et selon leurs besoins respectifs.
<i>Pertinence</i>	Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du client ou du malade et sont fondés sur des normes établies.
<i>Compétence</i>	Les connaissances et les compétences d'une personne conviennent aux soins ou aux services fournis.
<i>Continuité</i>	La capacité de fournir, sur une période, des soins ou des services ininterrompus et coordonnés pour chaque programme, praticien, organisation et niveau de soins ou de service.
<i>Efficacité</i>	Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats escomptés.
<i>Efficience</i>	Réaliser les résultats escomptés en utilisant les ressources de façon rentable.
<i>Sécurité</i>	Les risques éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés.

CARACTÉRISTIQUES DE LA COMMUNAUTÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ	
Caractéristiques de la communauté ou du système de santé qui, bien que ne constituant pas des indicateurs d'état de santé ou de rendement du système de santé, fournissent des renseignements contextuels utiles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiffre de population</li> <li>• Médecins et infirmiers (ières) par personne</li> <li>• Arthroplastie de la hanche</li> <li>• Arthroplastie du genou</li> </ul>

*Dans la mesure du possible, on harmonise les dimensions thématiques du cadre avec d'autres initiatives permanentes. Par exemple, certaines des dimensions de la catégorie « état de santé » sont fondées sur des concepts de la classification internationale du fonctionnement et de l'invalidité (version CIDIH-2, Béta 2) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans le même ordre d'idées, les dimensions de la catégorie « rendement du système de santé » reflètent celles qu'utilise actuellement le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).*

- ICIS, 1999

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le cadre et les indicateurs, consulter le site Web <http://www.cihi.ca/french/findex.htm>.

## INTÉGRATION DES INDICATEURS DANS LE PROGRAMME D'ACCREDITATION

Un des objectifs du programme d'accréditation de réalisation d'une mesure améliorée (RMA) est la détermination d'une liste commune d'indicateurs, lesquels peuvent être utilisés conjointement avec des normes d'agrément, pour soutenir les organisations de services de santé dans leurs activités d'autoévaluation et d'amélioration de la qualité.

- ♦ En déterminant une liste commune d'indicateurs, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) espère faciliter l'échange de données comparables recueillies partout au Canada et encourager la comparaison entre les organisations accréditées.
- ♦ Étant donné que les normes du CCASS englobent tous les aspects du rendement organisationnel, des indicateurs seront déterminés pour tous les niveaux de soins et de services, y compris les secteurs cliniques, les fonctions de régie et de gestion et les domaines de soutien comme la gestion des ressources humaines. (Le CCASS a publié l'ouvrage intitulé « A Guide to the Development and Use of Performance Indicators » pour aider à l'élaboration d'indicateurs.)
- ♦ La sélection d'indicateurs se fera connaître par les initiatives actuelles en matière d'indicateurs réalisées partout au Canada par l'entremise de l'ICIS, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA), de HealNet et des ministères provinciaux.

### LES QUATRE DIMENSIONS DE LA QUALITÉ

#### *Réceptivité*

L'organisation anticipe les changements dans les besoins et les attentes du client (éventuel) et de la population de la communauté ainsi que les changements dans l'environnement, et elle y répond.

#### *Capacité du système*

L'organisation fournit constamment et le mieux possible ses services, selon l'état actuel et évolutif de ses connaissances. L'organisation réalise les avantages souhaités par la clientèle et la collectivité en utilisant les ressources de la façon la plus rentable.

#### *Concentration sur la clientèle/collectivité*

L'organisation renforce sa relation avec la clientèle/collectivité en encourageant la participation de la collectivité et le partenariat dans ses activités.

#### *Vie au travail*

L'organisation fournit un atmosphère de travail propice à l'excellence du rendement, la pleine participation, la croissance personnelle/professionnelle et organisationnelle, la santé, le bien-être et la satisfaction.

### *Lien entre les indicateurs, les dimensions de la qualité et les normes d'agrément*

Les normes et les indicateurs de la RMA sont fondés sur les dimensions de la qualité du CCASS. On a déterminé ces quatre dimensions de la qualité comme la réceptivité, la capacité du système, la concentration sur la clientèle ou la communauté et la vie au travail.

- ♦ Chaque indicateur sera relié à une norme et à une dimension de la qualité (voir les figures 1 et 2).
- ♦ Les indicateurs à déterminer seront publiés avec les normes d'agrément.
- ♦ • Les indicateurs seront utilisés sur une base volontaire.

Figure 1. LIEN ENTRE LES NORMES, LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ ET LES INDICATEURS DU CCASS

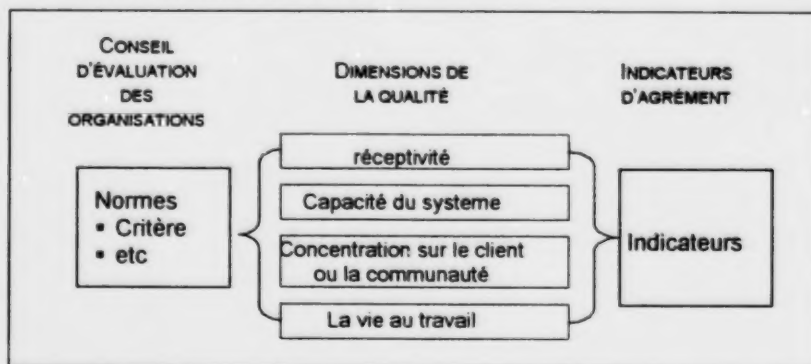
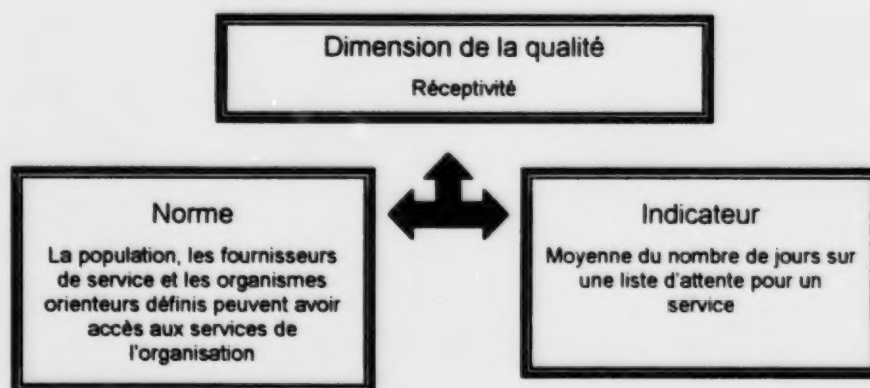


Figure 2. EXEMPLE D'UNE NORME, D'UNE DIMENSION DE LA QUALITÉ ET D'UN INDICATEUR



### *Agrément, indicateurs et amélioration de la qualité*

Le CCASS appuie l'utilisation d'indicateurs à l'intérieur du plus grand cadre d'amélioration de la qualité.

- ♦ La mesure des indicateurs et les rapports devraient mettre les équipes et les organisations au défi de fournir de meilleurs services, ce qui entraînera l'amélioration de la santé.
- ♦ Les indicateurs sont perçus comme des guides pour contrôler, évaluer et améliorer les services dispensés. Les indicateurs sont neutres. Leur seul but est de fournir de l'information. Il est essentiel que l'équipe ou les utilisateurs effectuent une analyse approfondie pour déterminer la signification des données que fournissent les indicateurs concernant les processus de compréhension.

Les organisations doivent posséder des mesures qui les aideront à comprendre leurs processus afin de les améliorer.

- ♦ Qu'indiquent les données des indicateurs aux membres du personnel au sujet de leurs processus?
- ♦ De quelle façon déterminent-ils si le rendement de leur organisation est satisfaisant ou s'il est possible de l'améliorer?

L'agrément offre un cadre reliant les buts, les processus de soins et de service et les indicateurs. Ce cadre peut aider les équipes et les organisations à se concentrer sur les activités d'évaluation, de contrôle de la qualité et d'amélioration.

- ♦ Les données des indicateurs fournissent à l'organisation et aux experts du CCASS une autre source d'information pour les aider à comprendre les processus de l'organisation.

### *L'utilisation des données des indicateurs par le CCASS*

- ♦ Le CCASS n'utilisera pas les indicateurs pour juger la qualité des soins et des services d'une organisation en isolant les circonstances particulières de l'organisation. Il se concentrera plus sur l'utilisation de l'information par l'équipe ou l'organisation pour évaluer et améliorer les processus et les résultats.
- ♦ À l'échelle nationale, le CCASS utilisera les données des indicateurs pour comprendre les tendances dans la conformité avec les normes d'agrément.

*Les indicateurs  
sont neutres.  
Leur seul but est  
de fournir des  
renseignements.*

- ♦ En comprenant le rapport entre les données des indicateurs et le rendement organisationnel, le CCASS peut aider les organisations à s'améliorer à l'aide de lignes directrices en matière d'éducation et de soutien.

Consulter l'annexe E pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les indicateurs.

#### INDICATEURS POUR LA SANTÉ DE LA COMMUNAUTÉ

##### *Indicateurs de santé :*


*Promotion de la santé et de la sécurité, comportement risqué et style de vie*

##### **Les mesures comprennent :**

- l'utilisation de la ceinture de sécurité
- l'immunisation
- l'utilisation d'un casque protecteur
- les vérifications de la tension artérielle
- les vérifications du taux de cholestérol sanguin
- les cours sur le rôle parental
- les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus
- l'utilisation de moyens de contraception
- le dépistage
- la consommation d'alcool
- la mauvaise nutrition
- la violence
- la boulimie
- le décrochage scolaire
- l'exercice
- le vaccin antigrippal
- la désaccoutumance au tabac
- la mammographie
- l'éducation et les soins prénatals
- la planification familiale
- les vérifications du poids
- la santé bucco-dentaire
- le tabagisme
- la consommation de drogues
- la conduite hasardeuse
- le comportement violent
- la violence faite aux enfants

- Speroff, Miles et Mathews, 1998





### INDICATEURS POUR LES RÉGIONS SANITAIRES

Il est important que les régions sanitaires puissent mesurer l'état de santé de leur population dans son ensemble et les répercussions du système de santé sur cet état de santé. Les principaux indicateurs attirent l'attention des planificateurs et des décideurs en matière de santé sur les problèmes éventuels et leur permettent de poser des questions supplémentaires menant à la prise de décisions importantes sur la gestion de la santé. Le projet d'indicateurs de santé S.E.A.R.C.H. contribue à l'élaboration d'un groupe central d'indicateurs de santé pour l'Alberta. Un ensemble d'indicateurs standard permettrait l'évaluation et la surveillance de la santé générale des Albertains ainsi que les comparaisons interrégionales. Cette situation mettrait en valeur l'utilité des indicateurs dans l'élaboration de politiques, la planification des services et l'évaluation. (traduction)

— Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 1998

## INDICATEURS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Plusieurs pays ont adopté l'approche de « l'ensemble minimal de données (EMD) » comme base pour évaluer la qualité des soins dans des milieux de soins de longue durée et aider à la planification des soins. L'utilisation de cette approche a mené à des améliorations dans certains aspects de soins.

Chouinard (1999) suggère que l'ensemble minimal de données constitue une bonne première étape, mais il ne peut relier les résultats définis à des processus de soins particuliers. Une approche solide produirait au moins des estimations semi-qualitatives sur les conséquences, par exemple, des soins de la peau et du soutien nutritionnel sur la prévalence des plaies de lit. « Une approche méthodologique comme la gestion totale de la qualité permet aux cliniciens de participer à la détermination des processus à mesurer et des résultats valides cliniquement acceptables. »



### UNE EXPÉRIENCE CANADIENNE


*L'Instrument d'évaluation du pensionnaire (IÉP) a été conçu pour fournir une évaluation normalisée des pensionnaires des maisons de soins infirmiers.*

*L'Ontario a mis en application le système de classification des malades « Resource Utilization Groups III (RUG III) » fondé sur des données d'évaluation recueillies par la version ontarienne de la composante de l'ensemble minimal de données (EMD) du système IÉP. À compter du 1<sup>er</sup> juillet 1996, le ministère de la Santé du gouvernement de l'Ontario a demandé que l'on utilise la composante de l'ensemble minimal de données (EMD) du système IÉP comme instrument d'évaluation pour tous les pensionnaires de tous les établissements de malades chroniques, et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est devenu la base de données centralisée pour la présentation des évaluations de l'EMD. L'utilisation de la méthode de financement RUG III pour les lits réservés aux soins chroniques débutera au cours de l'an 2000.*

*À la suite du mandat gouvernemental d'utiliser la portion d'évaluation de l'Instrument d'évaluation du pensionnaire, le Sunnybrook et le Women's College Health Sciences Centre (S&WCHSC) ont commencé à intégrer l'IÉP dans les soins dispensés aux pensionnaires du Programme de vieillissement. Le Centre en a profité pour fournir une structure d'évaluation et de planification des soins à l'intérieur de la philosophie existante des soins axés sur la clientèle.*

*Cet outil de dépistage évalue les caractéristiques des pensionnaires sur une vaste gamme d'aspects. Les conclusions de l'évaluation sont ensuite intégrées dans le plan clinique de soins. (traduction)*

— Brunton et Rook. 1999



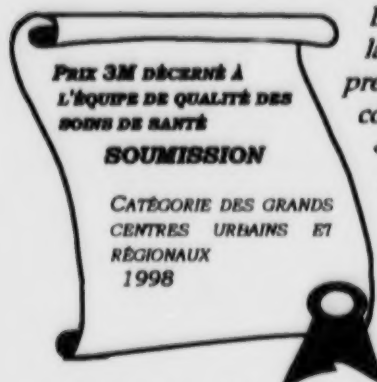
### INDICATEURS DE QUALITÉ DE L'EMD

1. Prévalence de toute blessure
2. Prévalence des chutes
3. Prévalence du comportement indésirable envers les autres
4. Prévalence des symptômes de la dépression
5. Prévalence de la dépression non traitée
6. Utilisation de neuf médicaments ou plus donnés à heure fixe
7. Incidence de la déficience intellectuelle
8. Prévalence de l'incontinence urinaire ou anale
9. Prévalence de l'incontinence urinaire ou anale occasionnelle ou fréquente sans plan de bain
10. Prévalence de sondes à demeure
11. Prévalence de surcharge fécale
12. Prévalence des infections des voies urinaires
13. Prévalence de l'utilisation d'antibiotiques ou d'antibactériens
14. Prévalence de la perte de poids
15. Prévalence de gavages
16. Prévalence de la déshydratation
17. Prévalence des pensionnaires alités
18. Incidence de la perte d'AVQ au moment de la vieillesse
19. Incidence des contractures
20. Aucune formation ni exercice d'amplitude des mouvements pour les pensionnaires qui ont besoin d'aide pour se déplacer
21. Prévalence de l'utilisation d'antipsychotiques en l'absence de conditions psychotiques associées
22. Prévalence du dosage quotidien d'antipsychotiques excédant les lignes directrices fixées par les experts
23. Prévalence de l'utilisation d'anxiolytiques ou de hypnotiques
24. Prévalence de l'utilisation de hypnotiques selon un horaire fixe ou au besoin deux fois ou plus au cours de la dernière semaine
25. Prévalence de l'utilisation de la benzodiazépine à action prolongée
26. Prévalence des contraintes matérielles quotidiennes
27. Prévalence de l'inactivité partielle ou totale
28. Manque d'action corrective pour les problèmes sensoriels ou de communication
29. Prévalence des plaies de pression de stades 1 à 4
30. Diabète insulino-dépendant sans soins des pieds

— Hirdes et coll., 1998

## PREMIÈRES NAISSANCES : DIMINUTION DU TAUX D'OPÉRATIONS CÉSARIENNES

Children's & Women's Health Centre  
of British Columbia  
Vancouver (Colombie-Britannique)



Le projet des premières naissances, lancé en janvier 1996, est devenu la première étape d'un projet d'amélioration continue de la qualité visant à « diminuer le taux d'opérations césariennes au British Columbia Women's Hospital and Health Centre ». L'objectif-cible cherchait à diminuer le taux d'opérations césariennes de 25 p. 100 chez les femmes nullipares, tout en maintenant les résultats en ce qui a

trait à la mère et à l'enfant, dans les six mois de mise en application des solutions.

Après avoir présenté le processus de soins et les hypothèses engendrées par le remue-ménages concernant les éléments qui contribuent au taux élevé d'opérations césariennes, le groupe a sélectionné quatre domaines vitaux, soit l'admission hâtive, la surveillance du fœtus à l'aide d'un moniteur fœtal électronique, l'utilisation hâtive des épidurales et une induction contre-indiquée. Une vérification des dossiers a appuyé les choix du groupe. On a alors créé des groupes de travail dans chaque domaine en vue d'utiliser la meilleure preuve et les meilleures lignes directrices existantes aussi bien que les solutions venant d'autres hôpitaux pour améliorer les soins dans les hôpitaux pour les femmes de la Colombie-Britannique. Des lignes directrices et autres stratégies ont été mises en application dans les quatre domaines ciblés au printemps 1997.

Le projet s'est traduit par une collaboration visant à réaliser un changement dans un environnement de respect mutuel. Le processus a été guidé par les données, car, sans mesure, l'efficacité de tout changement est laissée à l'opinion de chacun. On a créé des politiques hospitalières en harmonie avec ces changements. Le projet comportait aussi le maintien et la consolidation des gains. Divers éléments ont permis cette réalisation :

- un processus d'évaluation ouvert et accessible à tous;
- l'inscription volontaire de nullipares à risques faibles;

- des commentaires confidentiels du dirigeant d'une équipe de soins infirmiers;
- des résultats de surveillance des nouveau-nés.

*L'amélioration continue de la qualité est l'essence de cette initiative. Il s'agit de réaliser des gains en matière de qualité des soins et de les conserver. Dans les six premiers mois de la mise en application, le processus d'amélioration de la qualité a œuvré dans le but de créer des changements statistiquement significatifs dans tous les domaines-cibles abordés. Au cours de cette période de six mois, de 50 à 60 femmes nullipares n'ont pas subi d'opération césarienne comparativement à l'année précédente. On estime que ce nombre atteindra 100 pour l'année entière. Si ces femmes choisissent d'avoir une autre grossesse, leur chance de devoir subir une opération césarienne aura été réduite de 60 p. 100 à environ 5 p. 100.*

*Les équipes poursuivent leurs rencontres et traitent d'autres problèmes reconnus comme susceptibles d'améliorations. Nous prévoyons que la stratégie des premières naissances servira de véhicule permanent pour l'adoption de concepts de changement dans le processus de soins du BC Women's Centre et sera utilisé comme gabarit provincial. (traduction)*

Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements sur les personnes ressources.

Il existe bon nombre d'outils et d'instruments normalisés pour mesurer les diverses composantes des soins de santé comme le SF36, l'outil d'état fonctionnel de l'IFG, la QWB London Handicap Scale et l'échelle de dépression de Hamilton. Une discussion de ces instruments est présentée en ligne sur le site Medical Outcomes Trust, dont l'adresse est : [www.outcomes-trust.org](http://www.outcomes-trust.org).

# ÉVALUATION



6e partie





## *Vue d'ensemble*

*Cette section traite de l'importance de l'évaluation dans l'ACQ.*

*Analyser le rendement de l'organisation et de l'équipe demeure un défi en raison de la difficulté d'obtenir des renseignements utiles et opportuns, de faire le lien entre cette information et les problèmes clés et de déterminer les changements nécessaires pour répondre à ces données.*

*On souligne aussi dans cette section bon nombre d'approches, y compris le compas de valeur clinique, la carte de pointage équilibrée et le sondage de satisfaction auprès du malade.*

*La conclusion aborde le sujet de la complexité de la mesure des résultats.*



---

## APPROCHES EN MATIÈRE D'ÉVALUATION

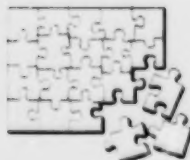
---

*Tenter d'améliorer le rendement sans aucune mesure est un gaspillage, car nous ne saurons pas vraiment quel domaine améliorer et nous serons incapables d'évaluer si nos interventions ont fait une différence. [traduction]*

G. Ross Baker

Professeur agrégé, Department of Health Administration  
Université de Toronto, Toronto (Ontario)

---



L'évaluation est cruciale à la réussite de tout effort d'ACQ. On se pose des questions, cependant, sur la façon, l'endroit et le moment propices pour réaliser l'évaluation. Cette section du document souligne les principaux domaines – les techniques, les pièges et les motifs – dans lesquels il y a lieu de faire une évaluation.

Les principes et les méthodes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) sont de nos jours considérés comme faisant partie intégrante du fonctionnement de toute méthode ou système de soins de santé. L'incidence de l'ACQ peut se mesurer de différentes façons : une meilleure conformité du fournisseur aux lignes directrices régionales et nationales en matière de soins et autres normes de soins acceptées, une amélioration des résultats en matière de santé, une plus grande satisfaction du malade – en plus de mesures traditionnelles comme le taux de mortalité, le taux de réadmission à l'hôpital, les frais hospitaliers et la durée du séjour. Toutefois, malgré la prolifération de l'ACQ et d'autres initiatives d'amélioration de la qualité (AQ), il n'existe pas de méthode ou de norme unique pour mesurer leurs effets (Philbin et coll., 1996).

### *Structure, processus, résultats*

Les approches classiques d'évaluation de la qualité ont été proposées par Donabedian (1980, 1982, 1996) au cours des deux dernières décennies. Le but de l'évaluation est de rendre un jugement sur la qualité des soins de santé, peu importe si les soins sont fournis par les praticiens ou les

établissements, mis en application par les malades ou utilisés par la collectivité. « *On ne peut s'attendre avec raison à une mesure dans le sens classique du terme – comportant une exactitude en matière de quantification – pour un objet complexe et abstrait comme la qualité. Un ensemble de jugements raisonnables et valables s'impose.* » Un jugement sur la qualité des soins peut être rendu

- en examinant les caractéristiques de l'environnement dans lequel les soins sont fournis (structure); il s'agit d'une évaluation indirecte des soins;
- en examinant les attributs du processus de soins;
- en examinant les effets des soins sur la santé et le bien-être de chaque individu ou des populations (résultats).

*Pour évaluer la qualité des soins médicaux, il faut d'abord éclaircir un mystère : la définition même de la qualité. Il reste à voir si cela est réalisable en effilochant patiemment ses nombreux fils ou s'il faut, en désespoir de cause, utiliser une épée pour trancher le nœud gordien. [traduction]*

— Donabedian, 1980

#### *Critères servant à la sélection de domaines d'évaluation significatifs*

McGlynn (1998) propose les critères suivants pour choisir des mesures de rendement clinique :

- ♦ l'état devrait avoir un effet significatif sur la morbidité ou la mortalité.
- ♦ le rapport entre les processus et les résultats des soins mesurés devrait avoir été établi de façon empirique.
- ♦ la qualité dans ce domaine devrait être actuellement variable ou non conforme aux normes.
- ♦ les fournisseurs devraient avoir la possibilité d'entreprendre des actions cliniquement perceptibles pour mettre en valeur le rendement de la mesure.

---

*Critères d'évaluation du bien-fondé scientifique*

Le bien-fondé scientifique – la vraisemblance qu'une mesure de rendement clinique produise des résultats constants et fiables au moment de la mise en application – comporte l'exactitude des caractéristiques, l'adaptabilité et la pertinence de la correction des risques (McGlynn, 1998).

*Interprétation des résultats*

Le contenu de la mesure et l'auditoire affectent l'interprétation des résultats. Les mesures cliniquement détaillées et particulières peuvent être présentées de façon générale à un auditoire de consommateurs et plus en détail à un auditoire clinique, mais il est impossible de décrire cliniquement des mesures de nature générale. L'interprétation des résultats nécessite une analyse statistique, l'étalonnage des mesures, l'établissement de modèles et la présentation de l'information (McGlynn, 1998).

### ANALYSE COMPARATIVE

*Une analyse comparative peut jouer un rôle intégral dans les travaux d'amélioration clinique et peut stimuler des changements cliniques judicieux et favoriser des améliorations en matière de qualité et de valeur.*

—Mohr et coll., 1996

L'analyse comparative est un processus permanent de mesure et d'analyse pour comparer les pratiques, les processus et les méthodes internes à ceux d'autres organisations (Crawford, 1998).

- ♦ L'analyse comparative est un processus systématique pour déterminer les meilleures pratiques.
- ♦ Les analyses comparatives sont des mesures statistiques (Mohr et coll., 1996).

L'analyse comparative démontrant qu'il existe un meilleur processus stimule l'intérêt pour le changement. Les organisations peuvent accélérer le taux d'amélioration en apprenant des autres et en établissant des objectifs d'amélioration fondés sur des niveaux de rendement réels et prouvés.

*Dans les soins de santé, la clé de l'analyse comparative repose sur la compréhension et l'amélioration des pratiques et des processus sous-jacents menant à l'excellence en matière de qualité, de coût et de rendement clinique. Elle aide à déterminer la façon dont d'autres organisations ont réalisé un rendement exemplaire et suggère une méthode pour adapter le rendement comparé à sa propre organisation.*

—Crawford, 1998

L'Institut national de la qualité (INQ) a élaboré les *Critères canadiens de la qualité* et les *Critères canadiens pour un milieu de travail sécuritaire*. Les Prix canadiens d'excellence sont remis annuellement. Consulter l'annexe F pour obtenir de plus amples renseignements.

## MATIÈRES À ÉVALUER

### *Les objectifs*

Les cliniciens et les gestionnaires recherchent des renseignements pour appuyer l'amélioration de la qualité au sein des organisations de soins de santé qui soient :

- analysables pour déterminer les techniques de soins aux malades produisant les meilleurs résultats;
- utilisables pour déterminer les possibilités pour les fournisseurs d'améliorer les soins qu'ils dispensent aux malades (Pine, 1991).

### *Le spectre*

L'évaluation, en ce qui a trait à l'ACQ, engage tout le personnel, des cadres supérieurs et membres du conseil d'administration jusqu'au personnel de première ligne. L'étendue de ce spectre vient de ce qu'il y a à mesurer. Voici une liste de base des secteurs que l'évaluation de l'ACQ peut toucher dans une organisation :

- ◆ Planification des évaluations
  - efficacité du processus de planification de l'ACQ
  - réussite du plan de mise en application
- ◆ Évaluations de base
  - pertinence de la structure organisationnelle
  - réceptivité de la culture organisationnelle
  - sondage auprès de la collectivité pour déterminer les besoins et les problèmes
  - sondage auprès des malades pour déterminer les besoins et les problèmes
  - sondages de satisfaction après la sortie des clients
- ◆ Évaluations de la clientèle
  - satisfaction des clients internes et externes
- ◆ Évaluations du personnel
  - prise de conscience des médecins et du personnel en matière de qualité
  - compréhension de l'employé pour ce qui est des outils ou des techniques statistiques
  - efficacité des équipes de projet



- ♦ Évaluations des équipes de projet
  - réussite de l'application de l'analyse statistique aux processus de travail
- ♦ Changement à long terme
  - suivi à long terme des changements (comme la durée moyenne du séjour)
  - efficacité financière à long terme
  - comparaisons des points de référence

Comme nous l'avons précisé dans la section « Indicateurs », différentes mesures s'imposent à divers paliers du système de soins de santé : la santé de la population, les régions, l'organisation, l'évaluation de l'équipe et du malade.

Il semble donc que plus nous recevons de renseignements de chaque aspect du service, mieux nous pourrions mesurer ces aspects. Apprendre que l'amélioration est mesurable peut nous stimuler pour réagir de façon positive à l'établissement de meilleures mesures.

## DÉFIS ET PIÈGES

### *Éducation sur place*

L'éducation doit reposer sur l'analyse et l'évaluation. Fournir sur place une éducation et un soutien bien planifiés et particuliers au processus aide grandement à modifier la façon d'effectuer le travail. Les outils et les techniques disponibles en une vaste gamme de nos jours doivent être soigneusement compris pour pouvoir faire des choix convenant aux besoins de l'organisation. Chaque organisation présente ses propres forces et faiblesses qui dictent les outils et les approches les plus efficaces à utiliser pour répondre aux besoins déterminés. Ce genre de connaissances ne se retrouve pas chez tous les membres du personnel d'une organisation; il devrait donc y avoir des facilitateurs, des éducateurs et des statisticiens sélectionnés disponibles comme ressources pour les besoins changeants de l'organisation.

Ces besoins émanent de la détermination de la nature des clients, des services auxquels ils s'attendent et des normes professionnelles affectant les processus qui préoccupent l'organisation. L'évaluation ne donne pas seulement à l'organisation une meilleure compréhension de son fonctionnement, mais aide à éclairer les résultats fondés sur des modifications de processus.

### *Compréhension fondamentale*

Il importe que l'évaluation s'intègre dans le travail à tous les paliers. Les cadres supérieurs doivent trouver les moyens pour ce faire. Un défi de taille, pour eux, est de comprendre que l'évaluation ne peut faire partie intégrante de la vie quotidienne que s'il y a des changements permanents dans le comportement au travail et dans la façon de penser du personnel dans le milieu de travail. Ce genre de changement fondamental souligne la valeur d'une formation efficace pour tout le personnel. Le personnel de première ligne doit comprendre l'essentiel de l'analyse statistique et avoir la capacité d'interpréter les résultats si l'on s'attend à ce qu'il utilise ces outils sur une base quotidienne.

### *Application des outils*

Apprendre à évaluer efficacement se réalise mieux en appliquant vraiment les outils statistiques. Les discussions théoriques sont de piètres éléments persuasifs quand on veut modifier un comportement. Le gestionnaire doit anticiper la peur et la résistance accompagnant souvent des concepts d'apprentissage qui semblent aussi éloignés des soins aux malades que l'analyse statistique.

### *Élément de motivation et outil de gestion*

La capacité de suivre les améliorations peut constituer un élément de motivation puissant pour les personnes touchées par les changements. Comme nous l'avons mentionné dans les sections précédentes, si le personnel travaillant avec les systèmes affectés fait partie de la solution, il ressent cet élément de motivation inhérent qui l'aide à continuer d'améliorer l'efficacité du milieu de travail. Ce genre de données fournit aussi un excellent outil de gestion. Il est alors possible de prendre des décisions plus convenables, fondées sur des faits plutôt que sur de simples opinions ou expériences.

### *Changement d'attitude*

Les gestionnaires se sentent peut-être menacés par la perte du contrôle traditionnel et le personnel du département peut résister au partage d'information avec les membres des autres départements. Il n'est pas facile de modifier ces attitudes en une ouverture et un apprentissage permanent.

**MEILLEURE UTILISATION  
DE LA MESURE DES EFFORTS D'AMÉLIORATION**

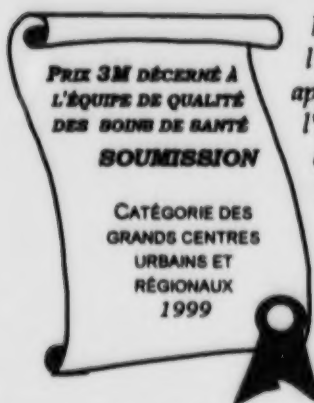
---

- ☒ Limiter le nombre de mesures.
- ☒ Sélectionner les mesures qui sont importantes pour les cliniciens et les malades.
- ☒ Faciliter la collecte des données et raccourcir les échéanciers pour que l'on puisse répéter celle-ci fréquemment afin de permettre des changements de tendance sur une période donnée.
- ☒ Ne pas essayer de faire en sorte que les mesures servent à la reddition de comptes ou à la recherche en même temps qu'à l'amélioration.
- ☒ Bâtir des mesures de départ avant de mettre en application tout changement.
- ☒ Fournir la formation, les outils et des exemples au personnel des milieux cliniques qui n'est pas familier avec les données et ce genre de mesure.

(Adapté de Solberg, Mosser et McDonald, 1997)

## ÉQUIPE DE PROJET CHARGÉE DU PROGRAMME D'ÉDUCATION À L'ASTHME

HÔPITAL CREDIT VALLEY  
NORTH MISSISSAUGA (ONTARIO)



Le programme d'éducation à l'asthme de l'hôpital Credit Valley, qui constitue une approche unique en matière d'éducation à l'asthme chez les malades pédiatriques, a été élaboré grâce à un partenariat de l'hôpital Credit Valley et de la Health Alliance, division de Astra Pharma inc. Le partenariat met en valeur le programme d'éducation à l'asthme en réussissant à améliorer les résultats chez les enfants asthmatiques.

Par l'entremise du partenariat avec Health Alliance, un nouveau système de communication passionnant fondé sur le comportement a été incorporé dans le programme d'éducation à l'asthme. Le système CareSense<sup>MC</sup>, qui fait partie des Patient Infosystems, est un moyen d'entrevue et de suivi téléphoniques personnalisés ayant pour but de compléter l'instruction en classe.

Une évaluation de ce programme unique de gestion de l'asthme est en cours par l'entremise d'un essai aléatoire contrôlé dans lequel les effets à court et à long terme seront évalués en comparant les données sur des malades avant et après la mise en application du programme.

Le programme d'éducation à l'asthme en milieu hospitalier a aussi été étendu à la collectivité par la mise en application de programmes scolaires pour aider les enfants souffrant d'asthme, les membres de leur famille et les enseignants à mieux comprendre l'asthme et permettre aux enfants de mieux contrôler et gérer leur état asthmatique.

L'équipe de projet multidisciplinaire chargée du programme d'éducation à l'asthme a démontré un engagement envers les principes d'amélioration de la qualité en se servant d'études de recherche, en recueillant et en analysant les données et en évaluant les résultats dans les processus de planification, de mise en application, de surveillance continue et d'évaluation du programme d'éducation à l'asthme.

*Le partenariat de l'hôpital Credit Valley et de la Health Alliance pour le programme d'éducation à l'asthme est un excellent exemple de collaboration entre les fournisseurs de soins de santé des secteurs public et privé visant à élaborer des stratégies innovatrices en matière de gestion de la maladie. La collaboration avec d'autres secteurs offre la possibilité d'élaborer des solutions rentables et mettant en valeur la qualité pour améliorer l'état de santé de nos communautés.*

Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements sur les personnes-ressources.

### TROIS BUTS DIFFÉRENTS DE LA MESURE DU RENDEMENT

*Nous constatons de plus en plus le caractère crucial de la recherche d'une mesure d'AQ et la façon improductive de mesurer la reddition de comptes ou la recherche avec la mesure de l'amélioration. Considérée indépendamment des autres, la mesure de chaque but peut être bonne et très importante. Si la mesure est mal faite, elle peut être mauvaise. Si les mesures sont mises ensemble de façon non convenable, elles peuvent en fait devenir dangereuses ou nuisibles et les buts mélangés peuvent interférer les uns avec les autres. [traduction]*

—Solberg et coll., 1997

Solberg, Mosser et McDonald (1997) discutent des « trois aspects » de la mesure du rendement : l'amélioration du processus, la reddition de comptes et la recherche :

#### ① *Amélioration du processus*

La mesure est importante dans les trois étapes clés de l'amélioration du processus :

- en déterminant les problèmes ou les possibilités d'amélioration auxquels il faut porter attention;
- lorsque l'équipe d'amélioration du processus obtient des mesures de départ;
- après la mise en application d'un processus nouveau et amélioré.

#### ② *Reddition de comptes*

Les données de reddition de comptes, c'est-à-dire les données sur les produits ou les résultats, ne renseignent habituellement pas sur la façon dont les résultats ont été obtenus ou sur la façon de changer ou d'améliorer les processus. Les données des résultats s'éloignent davantage de celles qui peuvent servir à changer les processus de soins.

Les mesures de reddition de comptes sélectionnées sont généralement des mesures importantes pour les parties externes, par exemple, les données des résultats sur les taux de complication ou sur les coûts reliés aux soins.

Étant donné que les données des résultats sont difficiles à mesurer, on se sert souvent d'un résumé informatif — la satisfaction du malade envers le service ou le traitement.

③ *Recherche*

Les objectifs et les méthodes de mesure de la recherche font en sorte que, sur plusieurs fronts, la mesure de l'amélioration est très différente. La mesure de la recherche est généralement trop lente, trop dispendieuse et trop compliquée pour être utile dans l'amélioration des processus dans les hôpitaux et autres établissements.



## ANALYSE DU RENDEMENT

Solberg et ses collaborateurs (1997) précisent qu'il est crucial de déterminer les buts d'une mesure : sert-elle au processus d'amélioration, à la reddition de comptes ou à la recherche? Bien que la mesure de chaque but soit importante, il devient improductif de mélanger les mesures.

L'analyse du rendement de l'équipe et de l'organisation est essentielle et stimulante en raison de la difficulté d'obtenir des renseignements utiles et opportuns, de faire le lien entre cette information et les points clés et de déterminer les changements nécessaires pour répondre à ces données. La section suivante traite des approches concernant les mesures d'amélioration du processus et la reddition de comptes.

Les mesures d'amélioration du processus comprennent les éléments suivants :

- ♦ *Sondages sur la satisfaction des malades.* Les sondages sont une composante importante de l'évaluation du client.
- ♦ *Compas de valeur clinique.* Cette approche met l'accent sur la participation des cliniciens dans le processus. Elle est précieuse dans les environnements de soins actifs et communautaires et fournit des renseignements autant à l'équipe qu'à l'organisation.
- ♦ *Cartes de pointage.* Une approche pour les hôpitaux canadiens et un rapport de soins infirmiers particulier sont des exemples de cette approche.

Les mesures de reddition de comptes comprennent les éléments suivants :

- ♦ *Rapports d'évaluation.* Les données de reddition de comptes ne fournissent habituellement pas de renseignements sur la façon dont les résultats ont été réalisés. « Les données de reddition de comptes ne sont pas confidentielles et doivent servir à porter un jugement. » (Solberg et coll., 1997).

La recherche de soutien à l'amélioration comprend :

- ♦ Le Centre de collaboration Cochrane
- ♦ L'Institut de recherche en services de santé (IRSS)

## MESURES D'AMÉLIORATION DU PROCESSUS

### *Sondages de satisfaction auprès des malades*



Nous avons abordé la question de la valeur des sondages sur la satisfaction des malades dans la troisième partie. Il faut tenir compte d'un bon nombre de considérations importantes dans l'utilisation des sondages auprès des malades. Les éléments suivants soulignent les préoccupations, les buts et les méthodes.

- ♦ Un questionnaire psychométrique solide : il faut évaluer le niveau d'exactitude d'un questionnaire en mesurant sa fiabilité et sa validité.
- ♦ Éviter la partialité dans la collecte des données : la partialité de l'enquêteur, souvent associée à des entrevues personnelles et à des sondages téléphoniques, semble grossir le pourcentage de satisfaction des malades et, comme résultat, obscurcir les possibilités d'amélioration. Le biais de non-réponse, rencontré surtout dans les sondages par courrier, se produit en présence d'une différence systématique entre les répondants et les non-répondants (Carey, 1999).
- ♦ But de l'étude : Le but du sondage détermine la méthode d'échantillonnage, la fréquence de sondage et le format de rapport convenable. Une *étude énumérative* est effectuée sur une population statique pour une période fixe ou un endroit donné et est simplement conçue pour décrire des résultats. Une *étude analytique* examine un processus sur une période et cherche à déterminer la raison pour laquelle les résultats ont été observés ou si les améliorations prévues ont eu des répercussions (Carey, 1999).
- ♦ L'utilité des sondages de satisfaction auprès des malades est grandement amplifiée s'ils sont effectués sur une base régulière (mensuellement ou trimestriellement); cela demande cependant l'adoption de nouvelles méthodes pour minimiser le coût des sondages (Baker et Pink, 1995).

*Le biais de désirabilité sociale est un problème bien connu dans la documentation sur les sondages et est particulièrement grave dans un environnement de soins de santé. Le rôle de malade adopté par les patients exige une recherche et une conformité de soins d'experts comme les médecins et autres fournisseurs de services de soins de santé.*  
[traduction]

— Hirdes et coll., 1998

- ♦ De nouvelles méthodes d'obtention de rapports et de classements peuvent fournir des données fiables, valables, interprétables et sur lesquelles on peut intervenir sur des aspects sélectionnés de soins de santé. L'utilisation de ces méthodes et de nouvelles méthodes qualitatives comme l'entrevue à caractère cognitif, devraient permettre une augmentation des renseignements sur le client en matière d'efforts d'évaluation et d'amélioration de la qualité (Cleary, 1998).

### DIMENSIONS DE L'ÉVALUATION DU MALADE

- ❑ **Efficacité** de la procédure ou du traitement par rapport à l'état du malade. Le degré auquel les soins ou les interventions auprès du malade atteignent les résultats souhaités ou prévus.
- ❑ **Pertinence** du test, de la procédure ou du service particulier pour répondre aux besoins du malade. Le degré de pertinence des soins ou des interventions pour les besoins cliniques du malade dans l'état actuel des connaissances.
- ❑ **Disponibilité** du test, de la procédure, du traitement ou du service nécessaire au malade. Le niveau auquel les soins ou les interventions convenables sont effectués lorsque le malade en a besoin.
- ❑ **Caractère opportun** de la prestation du test, de la procédure, du traitement ou du service requis par le malade. Le niveau auquel les soins ou les interventions convenables sont fournis au malade dans la période la plus propice ou lorsque c'est nécessaire.
- ❑ **Effet utile** dans lequel les tests, les procédures, les traitements et les services sont fournis. Le niveau auquel les soins ou les interventions sont fournis de façon correcte dans l'état actuel des connaissances, afin d'obtenir les résultats souhaités ou prévus pour le malade.
- ❑ **Continuité** des services fournis au malade quant à d'autres services, praticiens, fournisseurs sur une période donnée. Le niveau auquel il y a coordination des soins ou de l'intervention sur le malade entre praticiens et organisations sur une période donnée.
- ❑ **Sécurité** du malade (et des autres) à qui les services sont fournis. Le niveau de réduction, pour le malade et les autres, y compris les professionnels des soins de santé, du risque d'une intervention et du risque dans l'environnement des soins.
- ❑ **Efficacité avec laquelle** les services sont fournis. Le rapport entre les résultats (des soins ou des interventions) et les ressources utilisées pour dispenser les soins ou réaliser les interventions.
- ❑ **Respect et sensibilité** avec lesquels les services sont fournis. Le niveau de participation d'un malade ou d'une personne désignée aux décisions concernant les soins et le degré de sensibilité et de respect de ceux qui fournissent les services à l'égard des besoins du malade, de ses attentes et des différences individuelles.

— Journal du comité sur l'amélioration de la qualité, 1995

### ***Le compas de valeur clinique***

*...le processus de mesure devrait être inextricablement lié au processus de prestation des soins afin que les fournisseurs de première ligne participent à la gestion du malade et à la mesure du processus et aux résultats et aux coûts associés. [traduction]*

— Nelson, Mohr et coll., 1996

Le compas de valeur clinique est ainsi nommé pour refléter sa similitude d'agencement avec un compas directionnel et ses quatre points cardinaux :



- les résultats cliniques
- l'état fonctionnel, l'état de risque et le bien-être
- la satisfaction des soins de santé et l'avantage perçu
- les coûts

Afin de gérer et d'améliorer la valeur des services de soins de santé, les fournisseurs doivent mesurer la valeur des soins dans des populations semblables de malades, analyser les processus internes de prestation, effectuer des essais sur les processus de prestation modifiés et déterminer si ces changements mènent à de meilleurs résultats.

Nelson et ses collaborateurs (1996) proposent les genres de mesures suivants qui pourraient faire partie de chaque cap compas dans le processus de planification :

- Clinique : la mortalité et la morbidité (comme des signes, des symptômes, des complications à la suite d'un traitement, des résultats de tests diagnostiques, des déterminations des valeurs physiologiques en laboratoire)
- Fonctionnel : la fonction physique, la santé mentale, la fonction de rôle social et autres mesures d'état de santé (comme la douleur, la vitalité, le bien-être perçu et l'état de risque pour la santé)
- Satisfaction : la satisfaction du malade ou de la famille à l'égard du processus de prestation des soins de santé, la perception du malade de l'avantage des soins reçus pour sa santé
- Coûts : les frais médicaux directs (les soins ambulatoires, les services aux hospitalisés, les médicaments), les frais sociaux indirects (les journées de travail ou d'activité normale perdues, les coûts pour les travailleurs de remplacement, les coûts pour les dispensateurs de soins)

Les liens faciles qui existent entre la mesure et les buts visés surprennent plusieurs groupes de soins de santé. Ils sont tellement habitués à expérimenter la mesure comme un jugement qu'ils ont oublié son rôle dans l'amélioration (Berwick, 1996).



#### CADRE POUR LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE LE MODÈLE D'AMÉLIORATION CLINIQUE

*La méthode d'ACQ « processus-résultat » peut transformer de grands buts communautaires en projets traitables. L'application séquentielle du modèle d'amélioration clinique et du compas de valeur pour la santé communautaire pour mesurer les résultats – dans l'état de santé, la qualité de vie, la satisfaction et les coûts – fournit un lien entre les données et les interventions et provoque donc une reddition de comptes pour l'initiative de santé communautaire.*

#### Compas de valeur pour la santé communautaire

Le compas de valeur représente une approche équilibrée de mesure de la santé communautaire, incorporant la qualité de vie, la satisfaction du consommateur et les coûts ainsi que des indicateurs de santé. Un compas de valeur générique pour les soins communautaires fournit un cadre conceptuel pour l'évaluation de la santé de la communauté. Le compas de valeur utilisé pour mesurer les résultats peut aider les groupes de travail communautaires à évaluer les compromis pouvant modifier la priorité des interventions à prendre, tout comme la méthode d'ACQ, utilisée pour amener des changements, peut servir à les aider à surmonter les obstacles rencontrés dans l'organisation et la mise en application de leurs initiatives en matière d'amélioration de la santé.

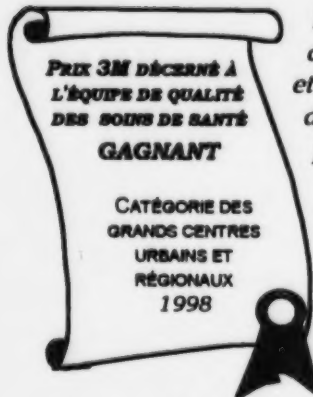
– Speroff, Miles et Mathews, 1998



## L'AVENIR DE L'ORTHOPÉDIE, BIEN INVESTIR!

UNE REFONTE DES SOINS ET DES SERVICES POUR CRÉER UN  
CONTINUUM DE SOINS DE QUALITÉ  
POUR LES MALADES EN ORTHOPÉDIE

Scarborough General Hospital  
Scarborough (Ontario)



*Le projet fait suite à la refonte des soins et des services dans les divisions d'orthopédie et de réadaptation. Le premier objectif était d'investir dans des améliorations pour produire les meilleurs résultats dans les indicateurs de rendement clinique, financier, opérationnel et en matière de qualité. Le deuxième objectif était de réaliser des améliorations durables qui ne se perdraient pas avec le temps, mais qui entraîneraient d'autres améliorations. Cette initiative constitue un important changement opérationnel amorcé par une*

*idée émise en 1996 et qui continue de contribuer à l'innovation dans la prestation des services de santé.*

*Les divisions d'orthopédie et de réadaptation avaient le but commun d'améliorer la qualité des soins et des services fournis en créant un continuum de soins. Pour maximiser le rendement du système, les parties doivent interagir de façon efficace et dynamique en servant les objectifs de tout le système.*

*La collaboration, l'innovation et les décisions fondées sur les données sont les concepts clés qui ont réussi à produire un statut de comparaison dans plusieurs indicateurs de rendement.*

*La méthodologie de réussite de cette équipe est enchâssée dans les principes de qualité du leadership, des équipes, du milieu d'apprentissage, de l'habilitation, de la reddition de comptes, de la qualité continue, de l'amélioration du processus, du maintien des gains et de l'action vers les buts ciblés.*

*Grâce aux résultats démontrés dans ce projet, le Scarborough General Hospital est devenu un hôpital modèle. Cependant, la comparaison n'est qu'une étape. Notre réussite dans l'amélioration de la qualité se mesurera par notre orientation dans le futur.*

*Consulter l'annexe C pour obtenir des renseignements sur les personnes-ressources.*



### *Cartes de pointage équilibrées*

*Les organisations de soins de santé ont à faire face de nos jours à de plus en plus de pression de la part du gouvernement, des contribuables et des malades pour exercer une meilleure reddition de comptes. Les gestionnaires et les clients demandent de meilleures mesures de rendement organisationnel pouvant servir à orienter leurs efforts pour améliorer le rendement.*  
[traduction]

— Baker et Pink, 1995

Une mesure efficace doit faire partie intégrante du processus de gestion. La carte de pointage équilibrée fournit aux dirigeants un cadre détaillé qui transforme les objectifs stratégiques d'une organisation en un ensemble cohérent de mesures de rendement (Kaplan et Norton, 1993).

Le cadre d'une carte de pointage équilibrée fait le lien entre les mesures de rendement (Kaplan et Norton, 1993). Il fournit des réponses aux quatre questions élémentaires suivantes (figure 1) :

1. De quelle façon les clients nous perçoivent-ils? (perspective du client)
2. Dans quel domaine devons-nous exceller? (perspective interne)
3. Pouvons-nous continuer à améliorer et à créer une valeur? (perspective d'innovation et d'apprentissage)
4. De quelle façon recherchons-nous des bailleurs de fonds? (perspective financière)

FIGURE 1 : UN CADRE DE CARTE DE POINTAGE ÉQUILIBRÉE

	De quelle façon recherchons-nous des bailleurs de fonds? Perspective financière <i>Buts et mesures</i>	
De quelle façon les clients nous perçoivent-ils? Perspective du client <i>Buts et mesures</i>		Dans quel domaine devons-nous exceller? Perspective interne <i>Buts et mesures</i>
	Pouvons-nous continuer à améliorer? Perspective d'innovation et d'apprentissage <i>Buts et mesures</i>	

La carte de pointage donne aux gestionnaires de cadre supérieur des renseignements provenant de quatre perspectives, tout en minimisant la surcharge d'information et en limitant le nombre de mesures utilisées.

Chacune des quatre perspectives demande aux gestionnaires de sélectionner un ensemble de mesures de contrôle.

*L'approche de la  
carte de pointage  
équilibrée demande  
la sélection  
délibérée d'un  
nombre restreint  
d'indicateurs dans  
chaque perspective.*

[traduction]

— Baker et Pink, 1995

- ♦ Les données pour ces mesures doivent être valables, fiables et disponibles dans une période raisonnable.
- ♦ Les données doivent refléter des activités cruciales (le processus principal) et des résultats importants (mesures des résultats).
- ♦ Les données doivent être recueillies de façon continue et périodique, analysées sur une période de temps et, si cela est possible, comparées avec les résultats d'autres organisations, en particulier les dirigeants des domaines concernés.
- ♦ Les mesures particulières sélectionnées doivent être pertinentes aux objectifs organisationnels.
- ♦ Les données devraient être fondées sur une recherche solide pour assurer leur validité et leur fiabilité (Baker et Pink, 1995).

Les essais critiques sur la réussite de l'approche de la carte de pointage doivent indiquer si les renseignements de la carte de pointage deviennent une pierre angulaire pour la prise de décision et si les gestionnaires peuvent lier leurs grands objectifs organisationnels aux changements dans les mesures de rendement (Baker et Pink, 1995).

*La carte de pointage équilibrée se compare aux cadrans du  
poste de pilotage d'un aéronef : elle fournit en un coup  
d'œil des renseignements complexes aux gestionnaires.*

[traduction]

— Kaplan et Norton, 1992

La carte de pointage équilibrée devrait concentrer les activités organisationnelles sur les buts et aider à étendre ces buts dans toute l'organisation (consulter le tableau suivant).

Baker et Pink soulignent les points importants suivants :

#### SATISFACTION DU MALADE

Les préoccupations du malade appartiennent à cinq catégories : le temps, la qualité du processus, le service, les résultats et les coûts. Le malade a-t-il reçu un service rapide? Le service a-t-il été fourni sans erreur? Le service a-t-il été fourni de façon agréable et respectueuse? Le service a-t-il réglé le problème du malade? Le service a-t-il été fourni de façon à minimiser les frais et les dérangements pour le malade et les membres de sa famille?

#### LIEN

Pour atteindre leurs objectifs en matière de qualité, de productivité et de coût, les gestionnaires doivent sélectionner des mesures influencées par les interventions des employés. Étant donné que la plupart des interventions se produisent au département et à l'unité des soins, les gestionnaires doivent déployer des mesures générales en matière de qualité, de productivité et de coût à l'échelon local. De cette façon, les mesures sont liées au jugement de la direction en matière de processus et de compétences internes avec les interventions de chacun qui affectent les objectifs généraux de l'hôpital. Ce lien assure que les activités des employés contribuent à la mission générale de l'hôpital.

#### APPRENTISSAGE

L'innovation et l'apprentissage constituent les deux secteurs les plus stimulants pour élaborer des mesures; ces mesures sont importantes, car elles évaluent la capacité organisationnelle d'amélioration et de changement. Les hôpitaux doivent continuer d'améliorer leurs services existants et avoir la capacité de mettre en application de nouveaux services offrant de plus grandes possibilités s'ils souhaitent prospérer dans le milieu compétitif des soins de santé.

***La fiche de rendement sur la qualité des soins infirmiers offerte en un schéma en toile d'araignée***

*Cette fiche de rendement particulière est unique en raison de l'utilisation d'un schéma en toile d'araignée pour relier – dans un seul rapport de gestion – plusieurs des divers éléments des fonctions d'une division. [traduction]*

– Lancaster et King, 1999



L'exemple suivant démontre la façon dont les graphiques techniques peuvent servir à présenter et à communiquer les résultats des mesures des cartes de pointage équilibrées. Les auteurs mettent l'accent sur le fait que la complexité de la gestion de la pratique infirmière et la prise de décision efficace exigent de la part des gestionnaires de pouvoir regarder le rendement dans plusieurs secteurs à la fois.

Fidèle au cadre conceptuel de Donabedian, la « fiche de rendement sur la qualité des soins infirmiers offerte en un schéma en toile d'araignée » comprend un ensemble de mesures qui fournissent un regard rapide mais interdépendant des mesures de la qualité des soins infirmiers sélectionnées quant à la structure, au processus et aux résultats

- Les indicateurs structurels sont représentés par une mesure de la charge du travail en soins infirmiers qui incorpore à la fois la l'état aigu du malade et les éléments de données de recensement.
- Les indicateurs de processus et de résultats sont représentés par des dispositifs de processus cliniques internes clés et comprennent aussi un regard sur la perspective du malade en tant que client.

Les éléments de données compris dans ce rapport particulier sur la qualité sont assez communs et semblables à l'initiative de sécurité et de qualité de l'American Nurses Association (Lancaster et King, 1999).

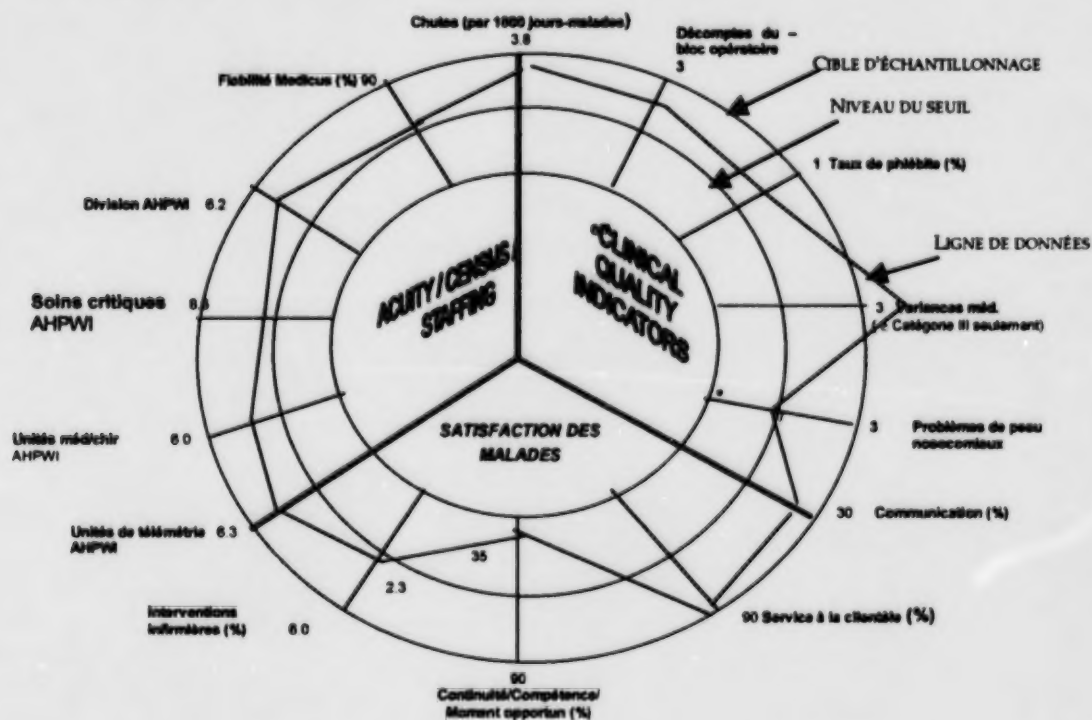
La présentation des données en matière de qualité en un schéma en toile d'araignée pour relier les divers éléments sert à :

- minimiser la surcharge d'information par sa présentation succincte d'indicateurs multiples de qualité;

- maximiser les structures, les processus et les résultats perceptibles aux infirmiers (ières) en permettant aux gestionnaires de se concentrer sur ces éléments de données interdépendants perçus comme critiques à la prestation des soins infirmiers de qualité;
- permettre aux gestionnaires de voir si l'amélioration réalisée dans un secteur a pu l'être aux dépens d'un autre.

*Exemple d'un schéma en toile d'araignée (adapté de Lancaster et King, 1999)*

ACUTY/CENSUS STAFFING = PERSONNEL AFFECTÉ À L'ACUTITÉ/ AU RECENSEMENT  
 CLINICAL QUALITY INDICATORS = INDICATEURS DE QUALITÉ CLINIQUE  
 AHPWI = AHPWI



(AHPWI - Nombre réel d'heures par indice de charge de travail)

## RAPPORTS D'ÉVALUATION : MESURES DE REDDITION DE COMPTES

Les organisations de soins de santé mesurent depuis longtemps la qualité pour répondre à leurs besoins internes en vue de guider l'assurance et

*Les données de reddition de comptes, qui sont des données sur les produits ou les résultats, ne fournissent habituellement pas d'information sur la façon dont les résultats sont réalisés ou la façon de modifier le processus pour améliorer les résultats. [traduction]*

- Solberg, Mosser et McDonald, 1997

l'amélioration de la qualité. La diffusion publique de renseignements sur la qualité des soins de santé remonte au moins aux années 1860, alors que Florence Nightingale a rendu publics les taux de mortalité des malades dans les hôpitaux de Londres. Au cours de la dernière décennie, les efforts se sont cependant concentrés sur l'élaboration et la diffusion d'information sur les indicateurs de qualité (Epstein, 1995). L'élaboration de rapports d'évaluation est une opération complexe. Trois importantes tendances ont eu des retombées sur leur récente évolution :

- une plus grande demande de reddition de comptes de la part du public en général, du gouvernement et d'autres parties intéressées;
- l'élaboration d'information permettant la saisie de renseignements détaillés;
- l'élaboration de mesures fiables et valables de phénomènes complexes comme la qualité des soins et la satisfaction du malade.

### *Un exemple : The Hospital Report*

Ces tendances ont produit une élaboration de rapports d'évaluation dans les secteurs public et privé. En novembre 1998, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a publié le *Hospital Report '98*, premier rapport de ce genre sur le système hospitalier de l'Ontario. Produit par des chercheurs de l'Université de Toronto, le rapport de 1998 fournit une carte de pointage équilibrée des indicateurs de rendement à quatre dimensions : l'utilisation clinique et les résultats, le rendement et l'état des finances, la satisfaction du malade, l'intégration et le changement du système. Le rapport présente aussi les améliorations en matière de recherche et d'analyse rendant ces mesures accessibles à tous les gestionnaires et cliniciens du système. Le *Hospital Report '99*, publié en décembre 1999, pousse encore plus cette évolution en fournissant des rapports sur le rendement de chaque hôpital en plus d'une mise à jour du rapport sur le système. Ces rapports illustrent le rôle de la mesure du rendement en déterminant et en orientant les efforts d'amélioration du rendement dans le système de soins de santé.



**The Hospital Report '99 :**  
*Une carte de pointage équilibrée pour les hôpitaux de soins actifs de l'Ontario*

Le *Hospital Report '99* présente des mesures de rendement dans quatre domaines :

- l'utilisation clinique et les résultats
- la satisfaction des malades
- le rendement financier et la condition financière
- l'intégration et la modification du système

*Historique*

Le *Hospital Report '99* fournit une évaluation du rendement des hôpitaux de l'Ontario concernant 38 mesures de rendement. Ces mesures ont été sélectionnées à l'aide des trois critères suivants : la pertinence, la faisabilité et le sérieux scientifique. Les chercheurs de l'Université de Toronto ont examiné les mesures de rendement des hôpitaux élaborées dans une vaste gamme de rapports américains et canadiens. Une série de groupes consultatifs composés de parties intéressées clés, de cliniciens, de gestionnaires hospitaliers, de fournisseurs de la communauté et de membres d'autres organisations importantes comme le Conseil canadien d'agrément des services de santé et l'Institut canadien d'information sur la santé ont participé aux discussions. Les renseignements obtenus ont servi à déterminer les mesures pertinentes et utiles à l'évaluation du rendement. Ces mesures sont présentées sous forme d'un survol général du système afin de fournir un contexte pour l'évaluation du rendement de chaque hôpital. Les résultats de chaque hôpital sont présentés dans un format de carte de pointage équilibrée indiquant, pour chacune des 38 mesures, si le rendement de chaque hôpital est supérieur à la moyenne, dans la moyenne ou inférieur à la moyenne. Un rapport technique fournira d'autres renseignements détaillés aux hôpitaux.

*But*

Le *Hospital Report* ne remplace pas les systèmes internes de mesure de rendement. En créant un ensemble de mesures pertinentes, réalisables et scientifiquement sérieuses, le *Hospital Report '99* vise à créer une plateforme pour des initiatives locales détaillées conçues pour mesurer le rendement des hôpitaux. Ces mesures fournissent un point de départ pour fixer et mesurer les efforts supplémentaires à déployer dans les soins hospitaliers en Ontario.

Baker et coll., *The Hospital Report '99*.

« A balanced scorecard for Ontario's acute care hospitals »

Toronto : Ontario Hospital Association, 1999.



## DÉFIS DES FICHES DE RENDEMENT

### UNE PERSPECTIVE AMÉRICAINE

L'évolution américaine du concept d'établissement de rapports sur le rendement de la qualité fait en sorte que l'expression « carte de rendement » prend le sens de rapports normalisés et diffusés publiquement sur la qualité des soins. Les rapports comprennent les régimes de santé, les établissements comme les hôpitaux et même chaque médecin (Epstein, 1995).

#### *Préoccupations*

La « reddition de comptes » est le cri de ralliement des contribuables et on ne peut pas l'imposer sans mesurer le rendement des soins de santé ni établir un rapport public à son sujet. Cela étant dit, cependant, Berwick voit la concentration sur les fiches de rendement comme une simplicité et une diversion des ressources menant à la dépense de « trop d'énergie à bien paraître et pas assez à devenir meilleur ». Il remarque qu'à l'extérieur du système de soins de santé, les organisations mondialement compétitives se sont « axées sur la clientèle » (Berwick, 1997).

Si le but premier des fiches de rendement est d'aider à rétablir une concentration essentielle sur la qualité et l'accès au système de soins de santé, les rapports devraient être conçus de façon à fournir aux hôpitaux les renseignements utiles pour améliorer la qualité — c'est-à-dire des renseignements sur lesquels on peut intervenir en matière de structure et de processus de soins (Thomas, 1998).

*Il est bon de remarquer que la mesure de la qualité des soins la plus souvent utilisée dans les fiches de rendement des hôpitaux — taux de mortalité calculé en fonction des risques — est inutile pour améliorer la qualité. Après des années d'efforts de recherche, le taux de mortalité demeure un indicateur très inexact du rendement de la qualité en raison du biais systématique dans le calcul des risques, tel que l'ont documenté Lisa Ozone et ses collaborateurs, et en raison de l'ampleur de l'erreur de mesure aléatoire associée à tout résultat binomial, comme l'ont démontré récemment Hofer, Hayward et Zalkind. [traduction]*

— Thomas, 1998

.../

Scanlon et coll. (1998) suggèrent que les fiches de rendement des régimes de santé envoient peut-être aux consommateurs des messages ambigus. Les études auprès d'un groupe cible ont démontré que, malgré l'indication générale précisant que les mesures de rendement du régime seraient utiles, très peu de gens ayant pris connaissance de ce rapport de renseignements les utilisaient pour choisir le régime. Les efforts à venir en matière d'évaluation des régimes de santé devraient clairement déterminer les présomptions, les méthodes, les limites et les jugements normatifs (Scanlon et coll., 1998).

Les perspectives précédentes s'appliquent au contexte du système américain de soins de santé axé sur le marché. Les rapports de rendement canadiens adoptent une approche différente. Est-il possible que leurs problèmes apparaissent au Canada? Il est trop tôt pour en parler.

## RECHERCHE POUR APPUYER L'AMÉLIORATION

La recherche fournit une importante source de mesure. Les organisations utilisent de diverses façons les lignes directrices fournies par des groupes de chercheurs comme le Centre de collaboration Cochrane et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) de l'Ontario. Ces ressources fournissent de précieux renseignements au clinicien.

L'IRSS, organisation indépendante à but non lucratif composée de chercheurs dévoués à l'amélioration de l'efficacité des soins de santé de tous les Ontariens, a été établie en 1992 sous le patronage de l'Ontario Medical Association et du ministère de la Santé de l'Ontario. Son but est de *recueillir et d'analyser des données sur les soins de santé pouvant servir de catalyseur pour réaliser un changement.*

Les chercheurs de l'IRSS ont mené plusieurs études axées sur des domaines pertinents à la pratique clinique et à la politique publique. Chaque étude sert à faciliter l'évaluation et l'amélioration des services de soins de santé en Ontario.

### CENTRE DE COLLABORATION COCHRANE

**Lignes directrices et rapports fondés sur l'expérience :**

*Le Centre international de collaboration Cochrane fournit aux autres groupes l'expérience à utiliser pour élaborer leurs propres lignes directrices, mesures de rendement et autres outils. [traduction]*

Le Centre de collaboration Cochrane, organisation internationale à but non lucratif, prépare, conserve et distribue des révisions à jour et systématiques des interventions en matière de soins de santé et met cette information à la disposition du public dans un formulaire électronique par l'intermédiaire d'une souscription à la Cochrane Library et dans Internet. Quelque 42 groupes de révision en collaboration formés par domaines cliniques particuliers et coordonnés par des équipes de rédaction, éditent et rassemblent des révisions complétées en modules pour les insérer dans la base de données des révisions systématiques Cochrane. Ces révisions structurées comprennent ou excluent une preuve selon des critères de qualité précis afin de minimiser la partialité. Les données sont souvent statistiquement combinées par méta-analyse pour augmenter la force des conclusions de nombreuses études, chacune étant trop petite pour produire des résultats individuellement fiables. Après une révision, les équipes préparent un protocole, lequel est aussi révisé.

—Kaegi, 1999

On peut trouver l'information sous diverses formes : des bulletins, des aides à la décision, des lignes directrices, des documents de travail et les *ICES Practice Atlas Series*, qui documentent les modèles de soins médicaux de toute la province.

Pour de plus amples renseignements, consulter le site Web de l'IRSS à l'adresse <http://www.ices.on.ca>.

## LES DÉFIS D'UNE MESURE DES RÉSULTATS

Comme nous l'avons mentionné, les défis s'avèrent nombreux.

### *Un concept complexe*

Les résultats des malades sont un concept extrêmement complexe. Ils s'étendent sur toute la gamme des résultats obtenus de (ou probablement associés à) la prestation des services de soins de santé. Ils sont mesurés directement et indirectement, sur des périodes différentes et selon des niveaux différents d'objectivité, de fiabilité et de validité. L'intérêt d'obtenir un résultat plutôt qu'un autre dans une situation clinique donnée peut différer grandement selon les valeurs et les préférences des malades (Harrigan, 1992).

Les résultats des malades font partie intégrante de la trilogie utilisée pour définir et évaluer la qualité des soins : la structure, le processus et le résultat (Donabedian, 1982). Définie de façon générale, une mesure de résultats indique tout système de mesure utilisé pour découvrir ou déterminer les résultats pour la santé du traitement du malade.

### MESURE DES RÉSULTATS

*Ernest A. Codman, M.D. (1869-1940), homme clairvoyant et convaincu, est reconnu comme le fondateur de ce que l'on connaît de nos jours en tant que mesure et gestion des résultats. Tout au long de sa carrière, il a cherché à établir un « système de résultats obtenus » pour faire le suivi des résultats des traitements des malades. Il croyait que ces résultats pouvaient servir à faire ressortir des possibilités d'améliorer les soins fournis aux prochains malades.*

*Codman a établi le lien entre l'évaluation de la qualité et la science clinique et a mis la responsabilité sur chaque praticien, hôpital et association professionnelle.*

*L'étalonnage et la certification des résultats obtenus à la suite de leurs soins n'étaient, selon Codman, que la première étape indispensable des hôpitaux vers la reddition de comptes envers le grand public.*

- Donabedian, 1998

### *Considérations techniques*

Bien que les objectifs des soins et les qualités à surveiller puissent être décidés par tout groupe de personnes concernées, « le contrôle actuel des résultats est une aventure hautement technique qui combine des aperçus tirés de la recherche clinique, de l'épidémiologie et des statistiques » (Pine, 1991).

*D'importantes réductions dans l'utilisation des services hospitaliers de soins actifs sont survenues en Alberta durant la période de grande refonte des soins de santé. Une étude plus approfondie s'impose pour examiner les déplacements de services vers d'autres secteurs et évaluer la portée de ces réductions sur les résultats des malades.*

—Saunders et al. 1999

### *État actuel des réalisations*

Donaldson et Nolan (1997) ont cité Mark Chassin durant leur présentation à une conférence invitation organisée par l'Institut de médecine et sa table ronde nationale sur la qualité des soins de santé :

*Bien que la science de la mesure soit importante, l'art de façonner ces mesures dans le moule d'une amélioration fonctionnelle est lui aussi essentiel. [traduction]*

Chassin a précisé qu'il existe assez de preuve pour nous permettre de conclure sans aucun doute qu'il est possible de mesurer la qualité. Lorsqu'elles sont utilisées convenablement, les mesures exemplaires de qualité peuvent devenir des facteurs vitaux à l'amélioration des résultats pour les malades; il existe cependant des défis, comme celui de décider des mesures de qualité à utiliser. Il a mis l'accent sur le fait que des mesures de processus ne sont des mesures de qualité valables que si elles sont reliées à des résultats importants. Dans le même ordre d'idées, les mesures de résultats ne sont des mesures de qualité valables que si elles sont reliées aux processus de santé que l'on peut modifier pour affecter les résultats. En reconnaissant ces considérations, les mesures seront davantage utiles, non seulement pour les consommateurs et les acheteurs, mais aussi pour les cliniciens responsables de l'amélioration (Donaldson et Nolan, 1997).



---

*Plusieurs organisations ont amorcé une amélioration continue de la qualité et se sont rapprochées de l'ACQ en initiant ou en achevant bon nombre d'améliorations de processus. Certaines sont aujourd'hui confrontées à la question « Où allons-nous maintenant? » Il est très important que les organisations se penchent sur l'élaboration d'objectifs de qualité stratégiques et sur la détermination de macroprocessus ou systèmes aux fins de création d'un cadre dans lequel l'amélioration des microprocessus est pertinente aux directions générales stratégiques de l'établissement. Les organisations qui ne le font pas sont destinées à continuer avec des améliorations de microprocessus et ne pourront peut-être pas « voir la lumière au bout du tunnel. » [traduction]*

Donald Carlow  
président et directeur général  
British Columbia Cancer Agency  
Vancouver (Colombie-Britannique)

---





# RÉFÉRENCES





## A

---

Alberta Heritage Foundation for Medical Research. *SEARCH. A snapshot of the level of indicator development in Alberta health authorities. Toward a common set of health indicators for Alberta (Phase One)*. Edmonton: AHFMR, 1998.

Alemi, F., Moore, S., et coll. « Quality improvement teams: Rapid improvement teams », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(3) : 119-129.

Andrews, H.A., Cook, L.M., et coll. *Organizational Transformation in Health Care: A Work in Progress*, San Francisco : Jossey-Bass, 1994.

Arnold, W., III. [commentaire] « The leader's role in implementing quality improvement: walking the talk », *QRB*, 1993, 19(3) : 79-82.

Association des hôpitaux de l'Ontario. *The Hospital Report '98. A System-Wide Review of Ontario's Hospitals*, Toronto : OHA, 1998.

## B

---

Baker, G. « Review of cross-functional teams: working with allies, enemies, and other strangers », *Healthc Manage Forum*, 1995, 8(3) : 63.

Baker, G.R., Anderson, G.M., et coll. *Hospital Report '99: A Balanced Scorecard for Ontario's Acute Care Hospitals*, Toronto : Association des hôpitaux de l'Ontario, 1999.

Baker, G.R., Pink, G.H. « A balanced scorecard for Canadian hospitals », *Healthc Manage Forum*, 1995, 8(4) : 7-13.

Barker, J.A. *Future Edge, Discovering the New Paradigms of Success*, New York: William Morrow, 1992.

Barr, R.B., Tagg, J. « From teaching to learning... a new paradigm for undergraduate education », *Change*, 1995, 27(6) : 13-25.

Batalden, P.B. « If improvement of the quality and value of health and health care is the goal, why focus on health professional development? », *Qual. Manag. Health Care*, 1998, 6(2) : 57-62.

\_\_\_\_\_. « Stakeholders and reflections on improving health professions education: What's next? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(3) : 229-232.

Batalden, P.B., Mohr, J.J., et coll. « Performance improvement in health care organizations. Improving health care, Part 4: Concepts for improving any clinical process », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(10) : 651-659.

- Bennis, W. *On Becoming a Leader*, Menlo Park, CA : Addison Wesley, 1989.
- Berwick, D.M. « Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement », *Int. J. Qual. Health Care*, octobre 1998, 10(5) : 435-441.
- \_\_\_\_\_ « Developing and testing changes in delivery of care », *Ann. Intern. Med.*, 15 avril 1998, 128(8) : 651-656.
- \_\_\_\_\_ « The total customer relationship in health care: broadening the bandwidth », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(5) : 245-250.
- \_\_\_\_\_ « Quality comes home », *Ann. Intern. Med.*, 15 novembre 1996, 125(10) : 839-842.
- \_\_\_\_\_ « Harvesting knowledge from improvement », *JAMA*, 1996, 275(11) : 877-878.
- \_\_\_\_\_ « A primer on leading the improvement of systems », *BMJ*, 1996, 312 : 619-622.
- \_\_\_\_\_ « Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform », *JAMA*, 1994, 272 : 797-802.
- Berwick, D.M., Godfrey, A.B., et coll. *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*, San Francisco : Jossey-Bass, 1990.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W. « Physicians as leaders in improving health care: a new series in annals of internal medicine », *Ann. Intern. Med.*, 15 février 1998, 128(4) : 289-292.
- Birleson, P. « Learning organisations: a suitable model for improving mental health services? », *Aust. N.Z. J. Psychiatry*, avril 1998, 32(2) : 214-222.
- Bissell, M. « Interview with Maureen Britz — from her point of view », *Excellence (the National Quality Institute newsletter)*, été 1999.
- Block, P. *Stewardship: Choosing Service Over Self-Interest*, San Francisco: Berrett-Koehler, 1993.
- Brailer, D.J. « Management of knowledge in the modern health care delivery system », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1999, 25(1) : 6-19.
- Brunton, B., Rook, M. « Implementation of the resident assessment instrument: a Canadian experience », *Healthc. Manag. Forum*, été 1999, 12(2) : 49-53.
- Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Document de travail : *Continuous Quality Development: a Proposed National Policy*, Copenhague : OMS, 1993.

## C

- Carey, R.G. « How to choose a patient survey system », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1999, 25(1) : 20-25.
- Chouinard, J. « "Mine own countree": quality of care in nursing homes », *JAMC*, 1999, 160(10) : 1463-1464.
- Chowanec, G.D. « Continuous quality improvement: conceptual foundations and application to mental health care », *Hosp. Community Psych.*, 1994, 45(8) : 789-793.
- Cleary, P.D. « Satisfaction may not suffice! A commentary on 'a patient's perspective », *Int. J. Tech. Assess.*, 1998, 14(1): 35-37.
- Cleary, P.D., Edgman-Levitan, S. « Health care quality: Incorporating consumer perspectives », *JAMA*, novembre 1997, 278(19) : 1608-1612.
- Cleghorn, G.D., Headrick, L.A. « The PDSA cycle at the core of learning in health professions education », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(3) : 206-212.
- Clemmer, J., *Pathways to Performance. A guide to Transforming Yourself, Your Team, and Your Organization*, Toronto : MacMillan, 1995.
- Clemmer, T.P., Spuhler, V.J., et coll. « Cooperation: the foundation of improvement », *Ann. Intern. Med.*, 15 juin 1998, 128 : 1004-1009.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé. *A Guide to the Development and Use of Performance Indicators*, Ottawa : CCASS, 1996.
- Covey, S. R. [Préface] « A total approach to total quality », dans Shelton, K. (éd.), *In Search of Quality*, Utah : Executive Excellence Publ., 1995.
- \_\_\_\_\_. *Principle-Centered Leadership*, New York : Simon & Schuster, 1991.
- Crawford, R., « Healthcare report cards in Canada and the United States », *Can. J. Qual. Health Care*, 1998, 15(1) : 5-9.

## D

- Deming, W. E. *Out of the Crisis*, Cambridge, MA : MIT, Center for Advanced Engineering Study, 1986.
- DePree, M. « The leader's legacy », dans Hesselbein, F., Cohen, P. (éd.), *Leader to Leader*, San Francisco : Jossey-Bass, 1999.

- Donabedian, A. « Quality stewardship in Codman's life and work », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(1) : 52-55.
- \_\_\_\_\_. « The effectiveness of quality assurance », *Int. J. Qual. Health Care*, août 1996, 8(4) : 401-407.
- \_\_\_\_\_. « Interview with Avedis Donabedian, M.D. », *Am. J. Med. Qual.*, hiver 1996, 11(4) : 167-172.
- \_\_\_\_\_. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. II: The Criteria and Standards of Quality*, Ann Arbor (Mich.) : Health Admin. Press, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I: The Definition of Quality and Approaches in its Assessment*, Ann Arbor ( Mich.) : Health Admin. Press, 1980.
- Donaldson, M.S., Nolan, K. « Measuring the quality of health care: state of the art », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(5) : 283-292.
- Drucker, P.F. [Introduction], dans Hesselbein, F., Goldsmith, M., Beckhard, R. (éd.), *The Organization of the Future*, San Francisco : Jossey-Bass, 1997.
- \_\_\_\_\_. « The information executives truly need », *Harv. Bus. Rev.*, 1995, 73(1): 54-62.
- \_\_\_\_\_. *The Effective Executive*, New York : Harper Collins, 1967.
- Dveirin, G.F., Adams, K.L. « Empowering health care improvement: an operational model », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1993, 19(7) : 222-233.

## E

---

- Epstein, A. « Performance reports on quality – prototypes, problems, and prospects », *N. Engl. J. Med.*, 1995, 333(1) : 57-61.
- Eskildson, L., Yates, G.R. [Commentaire] « Lessons from industry: revising organizational structure to improve health care quality assurance », *QRB*, 1991, 17(2) : 38-41.

## F

---

- FCVI inc./Conseil canadien d'agrément des services de santé. *Governance Check-up - Guidance for Health Care Organizations*, Ottawa : FCVI/CCASS, 1998.



Forum national sur la santé. *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*, Ottawa, 1997.

## G

Garvin, D.A. « Building a learning organization », *Harv. Bus. Rev.*, 1993, 71 : 78-91.

Gustafson, D. Cité dans Gerteis, M. « Conference overview: through the patient's eyes—improvement strategies that work », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1999, 25(7) : 335-342.

## H

Handy, C. *The Age of Paradox*, Boston : Harvard Business School, 1994.

Handyside, J., Parkinson, J. « Team-based planning: new tools for new times », *Healthc Manag. Forum*, été 1999, 12(2) : 37-41.

Harrigan, M.L. (éd.). « The Pacific Health Care Society: responding to customer needs in a long-term care setting », *Can. J. Qual. Health Care*, juin 1995, 12(2) : 23-26.

Harrigan, M.L. *Quality of Care: Issues and Challenges in the 90's: A Literature Review*, Stittsville (Ontario) : CMA, 1992.

Harrington, J.H. *The Improvement Process — How America's Leading Companies Improve Quality*, Toronto : McGraw-Hill, 1987.

Harris, M.C. *Value Leadership: Winning Competitive Advantage in the Information Age*, Milwaukee : ASQ Quality Press, 1998.

Hassen, P. *Rx for Hospitals: New Hope for Medicare in the Nineties*, Toronto: Stoddart, 1993.

Higgins, J.M. *101 Creative Problem Solving Techniques*, Winter Park, FL : New Management Publ., 1994.

Hirdes, J.P., Zimmerman, D., et coll. « Use of the MDS quality indicators to assess quality of care in institutional settings », *Can. J. Qual. Health Care*, 1998, 14(2) : 5-11.

Holman, L. *Eleven lessons in self-leadership*. Lexington : WYNCOM, 1995.

Hunter, J.C. *The Servant: A Simple Story About the True Essence of Leadership*, Rocklin, CA : Prima Publishing, 1998.

## I

---

Institut canadien d'information sur la santé. *National Consensus Conference on Population Health Indicators : Final Report*. Ottawa : ICIS, 1999.

## J

---

Joint Commission Journal on Quality Improvement, « Patient's perspective: Using patient input in a cycle for performance improvement », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(2) : 87-96.

Juran, J.M. *Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook*, New York : The Free Press, 1989.

## K

---

Kaegi, L. « AMA clinical quality improvement forum ties it all together: From guidelines to measurement to analysis and back to guidelines », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1999, 25(2) : 95-106.

Kaluzny, A.D., McLaughlin, C.P. « Managing transitions: assuring the adoption and impact of TQM », *QRB*, 1992, 18(11) : 380-384.

Kaplan, R., Norton, D. « Putting the balanced scorecard to work », *Harv. Bus. Rev.*, septembre/octobre, 1993 : 134-147.

\_\_\_\_\_. « The balanced scorecard — measures that drive performance », *Harv. Bus. Rev.*, janvier/février 1992 : 71-79.

Katravas, A.A., Major, P.E., et coll. « Forecasting patient services: a 21st century vision of an academic health centre », *Healthc Manag. Forum*, été 1999, 12(2) : 12-20.

Keller, G.A. « Management for quality: continuous quality improvement to increase access to outpatient mental health services », *Psychiatric Services*, 1997, 48(6) : 821-825.

Kinney, C.F. Gift, R.G. « Organizational change and learning: Building a framework for multiple improvement initiatives », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(8) : 407-423.

Kolb, D. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall, 1984.

Kotter, J.P. « Making change happen », dans Hesselbein, F., Cohen, P. (éd.), *Leader to Leader*, San Francisco : Jossey-Bass, 1999.

Kouzes, J.M., Posner, B.Z. *The Leadership Challenge*, San Francisco : Jossey-Bass, 1996.

---

**L**


---

- Lancaster, D.R., King, A. « The spider diagram nursing quality report card », *JONA*, 1999, 29(7/8) : 43-48.
- Langford, D.P., Cleary, B.A. *Orchestrating Learning with Quality*, Milwaukee, WI : ASQC Quality Press, 1995.
- Langley, G.J., Nolan, K., et coll. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, San Francisco : Jossey-Bass, 1996.
- Lansky, D. « Perspective: Measuring what matters to the public », *Health Aff.*, juillet 1998, 40-41.
- Lumb, L., McGuire, C., et coll. « The challenges of teams: A literature review », *Can. J. Qual. Health Care*, 1999, 15(2) : 4-10.

---

**M**


---

- Magnan, S., Solberg, L.I., et coll. « IMPROVE: bridge over troubled waters », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(10) : 566-578.
- Malone, R.E. « Policy as product: Morality and metaphor in health policy discourse », *Hastings Center Report*, 1999, 29(3) : 16-22.
- Marder, R.J. « Relationship of clinical indicators and practice guidelines », *QRB*, 1990, 16(2) : 60.
- McGlynn, E.A. « Choosing and evaluating clinical performance measures », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(9) : 471.
- Miller, D. « The future organization: a chameleon in all its glory », dans Hesselbein, F., Goldsmith, M., Beckhard, R. (éd.), *The Organization of the Future*, San Francisco : Jossey-Bass, 1997.
- Miller, W.C. *Quantum Quality: Quality Improvement Through Innovation, Learning, and Creativity*, White Plains (NY) : Quality Resources, 1993.
- Mohr, J.J., Mahoney, C.C., et coll. « Improving health care, part 3: clinical benchmarking for best patient care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(9) : 599-616.

## N

---

- Nelson, E.C., Batalden, P.B., et coll. « Improving health care, Part 2: A clinical improvement worksheet and users' manual », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(8) : 531-548.
- Nelson, E.C., Mohr, J.J., et coll. « Improving health care, Part 1: The clinical value compass », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(4) : 243-258.
- Nelson, E.C., Splaine, M.E., et coll. « Building measurement and data collection into medical practice », *Ann. Intern. Med.*, 15 mars 1998, 128 : 460-466.
- Nolan, T.W. « Understanding medical systems », *Ann. Int. Med.*, 15 février 1999, 128 : 293-298.

## P

---

- Philbin, E.F., Lynch, L.J., et coll. « Quality management/improvement programs. Does QI work? The management to improve survival in congestive heart failure (MISCHF) study », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(11) : 721-733.
- Pine, M. « The use of large databases to monitor and manage the quality of health care », dans Couch, J. (éd.), *Health Care Quality Management for the 21<sup>st</sup> Century*, Tampa : Hillsboro, 1991.
- Plsek, P.E. « Tapping creativity in healthcare organizations », *CQI Annual*, Rockville, MD : Bader & Associates, 1995.

## Q

---

- Quantum solutions. Organizational transformation: preparing public services for the knowledge economy, *Managing Change*, hiver 1998, 1-20.

## R

---

- Reinertsen, J.L. « Physicians as leaders in the improvement of health care systems », *Ann. Intern. Med.*, 15 mai 1998, 128 : 833-838.
- Roehm, H.A., Castellano, J.F. « The Deming view of business », *Qual. Progress*, février 1997, 39-45.

## S

Santé Canada. *Healthy Settings: From Ideology to Practice: Canadian Case Studies*, Ottawa, 1998.

\_\_\_\_\_. *An Inventory of Quality Initiatives in Canada: Maintaining & Improving Quality in Health Care*, 2<sup>e</sup> éd., Ottawa, 1996.

Santé et bien-être Canada. *Répertoire d'initiatives de qualité au Canada - Vers une stratégie nationale de qualité et d'efficacité dans les soins de santé*, Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1993.

Saunders, L.D., Bay, K.S., et coll. « Regionalization and hospital utilization: Alberta », 1991/2-1996/7, *Healthc Manag. Forum*, printemps 1999, 12(1) : 38-43.

Scanlon, D.P., Chernew, M., et coll. « Health plan report cards: Exploring differences in plan ratings, *Jt. Comm. J. Qual. Improv.* », 1998, 24(1) : 5-20.

Schneider, B., Brief, A.P., et coll. « Creating a climate and culture for sustainable organizational change », *Organ. Dyn.*, 1996, 25 : 7-19.

Scholtes, P. « Teams in the age of systems », *Quality Progress*, 1995, 28(12) : 51-59.

\_\_\_\_\_. *The Team Handbook: How to Use Teams to Improve Quality*, Madison, WI : Joiner, 1988.

Senge, P.M. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*, New York : Doubleday, 1990.

Senge, P., Kleiner A., et coll. *The Dance of Change. The Challenges to Sustaining Momentum in Learning Organizations*, New York : Doubleday/Currency, 1999.

\_\_\_\_\_. *The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building a Learning Organization*, New York : Doubleday, 1994.

Sethi, D. « The seven R's of self-esteem », dans Hesselbein, F., Goldsmith, M., Beckhard, R. (éd.), *The Organization of the Future*, San Francisco : Jossey-Bass, 1997.

Shortell, S.M., Levin, D.Z., et coll. « Assessing the evidence on CQI: Is the glass half empty or half full? », *Hosp. Health Serv. Adm.*, printemps 1995, 40(1) : 4-24.

Sluyter, G.V. « Application of TQM to mental health: Lessons from ten mental health centers », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(1) : 67-75.

Soilberg, L.I., Mosser, G., et coll. « The three faces of performance measurement: Improvement, accountability, and research », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(3) : 135-147. Speroff, T., Miles, P., et coll. « Improving health care, Part 5: Applying the Dartmouth clinical improvement model to community health », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(12) : 679-703.

Suski, M., Hack, T., et coll. « Leadership: The Winnipeg Community and Long Term Care Authority », *Healthc Manag. Forum*, été 1999, 12(2) : 57-60.

---

## T

Thomas, J.W. « Editorial: Report cards-useful to whom and for what? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(1) : 50-51.

Tichy, N., Devanna, M.A. *The Transformational Leader*, Toronto : J. Wiley and Sons, 1986.

---

## U

Ulrich, D. « Organizing around capabilities », dans Hesselbein, F., Goldsmith, M., Beckhard, R. (éd.), *The Organization of the Future*, San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

---

## V

Verlaan-Cole, E. « Integrated health systems: from vision to action », allocation à la National Conference of the Canadian Healthcare Association, juin 1996.

---

## W

Wah, L. « Behind the buzz », *Manage Rev.*, avril 1999, 16-22.

Wakefield, D.S., Wakefield, B.J. « Overcoming the barriers to implementation of TQM/CQI in hospitals: myths and realities », *QRB*, 1993, 19(3) : 83-88.

Wilkinson, N.L., Moran, J.W. « The team charter », *Qual. Manage Forum (ASQ)*, hiver 1998, 24(4) : 1-4.

Wilson, C. *Achieving Quality in Health: Taking Responsibility for Performance*, Toronto : Christopher Wilson Consulting, 1999.



# Y

---

Yank, G. « Quality improvement in health care organizations: a general systems perspective », *Behav. Sci.*, avril 1995, 40(2) : 85-103.





# BIBLIOGRAPHIE





---

## A

- Adams, O.B., Hirschfeld, M. « Human resources for health—challenges for the 21st century », *World Health Stat. Q.*, 1998, 51(1) : 28-32.
- Agency for Health Care Policy and Research. *Using Clinical Practice Guidelines to Evaluate Quality of Care* (Vol. 1: Numéros), Rockville (MD) : Author, 1995.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Sochalski, J., et coll. « Hospital organisation and outcomes », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 222-226.
- Alemi, F., Moore, S., et coll. « Quality improvement teams: Rapid improvement teams », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(3) : 119-129.
- Anderson, G.F. « In search of value: an international comparison of cost, access and outcomes », *Health Aff.*, novembre 1997, 16(6) : 163-171.
- Ardabell, T.R., et coll. « Business process quality management: a step beyond continuous quality improvement », *Medsurg. Nurs.*, août 1995, 4(4) : 279-288.
- Argyris, C. *Knowledge for Action: A Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*, San Francisco : Jossey-Bass, 1993.
- . « Teaching smart people how to learn », *Harv. Bus. Rev.*, été 1991 : 99-109.
- Ashkenas, R., Ulrich, D., et coll. *The Boundaryless Organization: Breaking the Chains of the Organizational Structure*, San Francisco : Jossey Bass, 1995.
- Association canadienne des médecins d'urgence. « Recommandations pour la gestion des établissements de soins de santé canadiens fournissant des soins d'urgence en milieu rural, éloigné et isolé », *J. Emerg. Med.*, septembre 1997, 15(5) : 741-747.
- Association médicale canadienne. *Health Care for the Elderly: Today's Challenges, Tomorrow's Options*, Ottawa : AMC, 1987.

---

## B

- Bachle, M., Smith, L.D. « Re-engineering to improve customer service and quality of care », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.

- Bail, T. *Politics and Governance in Integrated Health Systems: Community Values vs. Provider Power: the Driving Forces in Health System Restructuring*, conférence au Laurentian Hospital Executive Committee, Sudbury (Ontario), juillet 1995.
- Banks, N.J., Palmer, R.H., et coll. « Variability in clinical systems: applying modern quality control methods to health care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(8) : 407-419.
- Barnette, J.E., Clendenen, F. « The quality journey in a comprehensive mental health center: a case study », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(1) : 8-17.
- Barnsley, J., Lemieux-Charles, L., Baker, G.R., et coll. « Selecting clinical outcome indicators for monitoring quality of care », *Healthc. Manage Forum*, 1996, 9(1) : 5-12.
- Barrett, B., Neville, D. « Measuring health outcomes in elderly patients receiving health services », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Barrett, J. « Quality management innovative education methods », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Batalden, P.B., Cronenwett, L.R., et coll. « Collaboration in improving care for patients: How can we find out what we haven't been able to figure out yet? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(10) : 609-618.
- Batalden, P.B., Mohr, J.J. « Building knowledge of health care as a system », *Qual. Manage Health Care*, 1997, 5(3) : 1-12.
- Batalden, P.B., Stoltz, P.K. « A framework for the continual improvement of health care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1993, 19 : 424.
- Bauer, J.C. « The role of data in a changing healthcare Industry », *Healthc. Financ. Manage*, juillet 1996 : 60-62.
- Bazzoli, G.J., Shortell, S.M., et coll. « A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos », *Health Serv. Res.*, février 1999, 33(6) : 1683-1717.
- Beardall, S., Carter, A.O., et coll. « Forming the Canadian clinical practice guideline Network », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Bemowski, K. « What makes American teams tick? », *Quality Progress*, janvier 1995, 28(1) : 39-43.
- Benjamin, S., Mandil, M., et coll. « Bahrain: quality improvement in primary health care », *Int. J. Qual. Health Care*, octobre 1998, 10 (5) : 448-450.
- Bergman, D.A. « Evidence-based guidelines and critical pathways for quality improvement », *Pediatrics*, janvier 1999, 103(1) supp. : 225-232.

- Berkwits, M., Aronowitz, R. « Different questions beg different methods », *J. Gen. Intern. Med.*, 1995, 10 : 409-410.
- Berlowitz, R., Halpern, J. « Performance measures and measurement. Evaluating and improving pressure ulcer care: the VA experience with administrative data », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(8) : 424-433.
- Berman, S. « The Institute of Medicine's special initiative on health care quality: an interview with Molla Donaldson », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(5) : 277-282.
- \_\_\_\_\_. « From incremental improvement to breakthrough thinking®: an interview with David Ralston », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(10) : 559-566.
- \_\_\_\_\_. « Using Malcolm Baldrige National Quality Award criteria for improvement: An interview with Ellen Gaucher », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(5) : 249-256.
- Bernabei R., Landi, F., et coll. « Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community », *BMJ*, mai 1998, 316 : 1348-1351.
- Berwick, D.M. « The NHS's 50 anniversary. Looking forward. The NHS: feeling well and thriving at 75 », *BMJ*, 4 juillet 1998, 317 : 57-61.
- \_\_\_\_\_. « Continuous improvement as an ideal in health care », *New Engl. J. Med.*, 1989, 320(1) : 53-56.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W. « Overview: Cooperating for improvement », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(11) : 573-577.
- Best Practices in Mental Health Reform.*, Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Systems Research Unit, Clark Institute of Psychiatry, Canada, 1997.
- Bevan, J., Linton, A. « Continuous quality improvement: maintaining quality of care with changing staffing patterns », *J. CANNT*, printemps 1998, 8(2) : 33-35.
- Birleson, P. « Building a learning organization in a child and adolescent mental health service », *Aust. Health Rev.*, 1997.
- Bjarnason, E. « Improving care to chemotherapy patients: Transcending organizational boundaries using TQM », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Blueprint Committee. *The Minister's Action Committee on Health System Reform*, Nova Scotia's Blueprint for Health System Reform, Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
- Blumenthal, D. « Quality of health care. Part 4: the origins of the quality-of-care debate », *New Engl. J. Med.*, 1996, 335(15) : 1146-1149.

- Blumenthal, D., Kilo, C. « A report card on continuous quality improvement », *Milbank Q.*, 1998, 76(4) : 625-648.
- Boex, J.R., Cooksey, J., et coll. « Hospital participation in community partnerships to improve health », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(10) : 541-548.
- Bohigas, L. « Accreditation across borders: The introduction of Joint Commission Accreditation in Spain », *J. Qual. Improv.*, 1998, 24(5) : 226-231.
- Bohigas, L., Brooks, T., et coll. « A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programs and a consideration of the related management issues », *Int. J. Qual. Health Care.*, 1998, 10(1) : 7-13.
- Brennan, T.A. « The role of regulation in quality improvement », *Milbank Q.*, 1998, 76(4) : 709-731.
- Briscoe, G., Arthur, G. « CQI teamwork: reevaluate, restructure, renew », *Nurs. Manag.*, 1998, 29(10) : 73-76, 78, 80.
- Brommels, M., Outinen, M., et coll. « Local heroes beat national champions: quality improvement in Finnish health care », *J. Qual. Improv.*, 1997, 23(1) : 23-31.
- Brown, G. « Interview with Avedis Donabedian, M.D. », *AM. J. Med. Qual.*, hiver 1996, 11(4) : 167-172.

## C

---

- Caldwell, C. *Mentoring Strategic Change in Health Care: An Action Guide*, Milwaukee : ASQ Quality Press, 1995.
- Camp, R.C., Tweet, A.G. « Benchmarking applied to health care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1994, 20(5) : 229-238.
- Cantrill, J.A., Sibbald, B., et coll. « Indicators of the appropriateness of long term prescribing in general practice in the United Kingdom: consensus development, face and content validity, feasibility, and reliability », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 130-135.
- Carlow, D.R. « Introduction: strategy and results », *Can. J. Qual. Health Care*, 1993, 10(1) : 1.
- Carlow, D., Harrigan, M.L. « Reflections on leadership », *Can. J. Qual. Health Care*, 1998, 15(1) : 4-5.
- Carman, J.M., Shortell, S.M., et coll. « Keys for successful implementation of total quality management in hospitals », *Health Care Manage Rev.*, hiver 1996, 21(1) : 48-60.



- Carvalho De Noronha, J., Da Silva Pereira, T.R. « Health care reform and quality initiatives in Brazil », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(5) : 251-263.
- Cavanagh, J., Williams, D. « Process benchmarking », *Qual. Manage Forum ASQC*, hiver 1997 : 23(4).
- Chambers, D.W. « TQM: the essential concepts », *J. Am. Coll. Dent.*, été 1998, 24(2) : 73-80.
- Charns, M.P., Tewksbury, L.S. « A model for product line management in health care », *Aust. Health Rev.*, 1991, 14 : 65-82.
- Charon, R., Green, M.G., et coll. « Multi-dimensional interaction analysis: a collaborative approach to the study of medical discourse », *Soc. Sci. Med.* 1994, 39 : 955-965.
- Chassin, M.R. « Improving the quality of care », *New Engl. J. Med.*, 1996, 335(14) : 1060-1063.
- Chowanec, G.D. « The fall and rise of TQM at a public mental health hospital », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(1) : 19-26.
- Christianson, J.B., Piwr, L., et coll. « Implementing programs for chronic illness management: the case of hypertension services », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(11) : 593-601.
- Clardy, J.A., et coll. « Implementing a statewide outcomes management system for consumers of public mental health services », *Psychiatr. Serv.*, février 1998, 49(2) : 191-195.
- Cleary, P.D., McNeil, B.J. « Patient satisfaction as an indicator of quality care », *Inquiry*, 1988, 25 : 25-36.
- Clemmer, J. « TQM or PQM: are you on the right road? », *Can. J. Qual. Health Care*, 1993, 10(2) : 8-11.
- Codman, E.A. *A Study in Hospital Efficiency* (Boston, 1917). Réimprimé par *J. Comm. Accred. of HC Org.*, Oakbrook Terrace (Ill.) : 1996, 53.
- Collège canadien des directeurs de services de santé. *Prix 3M remis à l'équipe de qualité dans les soins de santé. Résumés des présentations 1998*, Ontario, Canada, 1998 : 1-18.
- Collins, J. « Aligning action and values », dans Hesseldine, F., et Cohen, P. (éd.), *Leader to Leader*, San Francisco : Jossey-Bass, 1999.
- Collins, L.W. « TQM information systems: an elusive goal », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1994, 20(11) : 607-613.
- Conférence des sous-ministres de la Santé F/P/T. *Faire mieux avec moins : Pour une utilisation efficace des hôpitaux canadiens*, 1994.
- Conner, D. *Managing at the Speed of Change: How Resilient Managers Succeed and Prosper Where Others Fail*, New York : Villard, 1992.

- Conrad, D.A., Shortell, S.M. « Integrated health systems: promise and performance », *Front Health Serv. Manage*, automne 1996, 13 : 1.
- Conseil consultatif de l'information sur la santé. *Canada Health Infoway - Paths to Better Health*, Health Care Publications, février 1999.
- Counte, M.A. « Total quality management in a healthcare organization: How are employees affected? », *Hosp. Health Serv. Admin.*, 1992, 37 : 503-518.
- Coye, M.J., Detmer, D.E. « Quality at a crossroads », *Milbank Q.*, 1998, 76(4) : 759-769.
- Crosby, P.B. *The Eternally Successful Organization*, New York : McGraw-Hill, 1988.
- Currie, R.J. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: The Update Report - 1993/94*, Le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, 1994.
- Cyr, F., King, M.C., et coll. « A quality management model for health service programs », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.

## D

- Darling, H. « Continuous quality improvement: does it make a difference? », *Milbank Q.*, 1998, 76(4) : 755-757, 514.
- Davies, A.R., Doyle, M.A., et coll. « Outcomes assessment in clinical settings: a consensus statement on principles and best practices in project management », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1994, 20(1) : 6-16.
- Davis, B., Goddard, A., Yacht, G. « A risk information system for long term care, rehabilitation and community services », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- DeBono, E. *Serious Creativity*, New York : Harper Collins Publishing, 1992.
- Deccache, A. « Evaluating quality and effectiveness: public health and social science approaches », *Promot. Educ.*, juin 1997, 4(2) : 10-15.
- De Coster, C., Roos, N.P., et coll. « Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review », *CMAJ*, 1997, 157(7) : 889-896.
- Devers, K.J., Shortell, S.M., et coll. « Implementing organized delivery systems: An integration scorecard », *Health Care Manage Rev.*, 1994, 19(3) : 7-20.
- Di Bella, A.J. « Developing learning organizations: a matter of perspective », *Acad. Manage J.*, 1995, Best Papers Proceedings : 287-290.

- Dierks, M.L., Bitzer, E.M., et coll. « Satisfaction in general practice: Criteria and priorities », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Dirnfeld, V. « The benefits of privatization », *CMAJ*, 1996, 15 août. 155(4) : 407-410.
- Donahue, K.T., Janeski, J.F. « Overview: The evolution of international accreditation and improvement », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(5) : 223-225.
- Donaldson, M.S. « Accountability for quality in managed care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(12) : 711-725.
- Doyal, L. [éditorial] « Moral quality entails a high standard of informed consent », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 63-64.
- Dugar, B. « Performance improvement in health care organizations: Implementing CQI on a budget: A small hospital's story », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(2) : 57-69.

## E

---

- Eklund, J. « Ergonomics, quality and continuous improvement—conceptual and empirical relationships in an industrial context », *Ergonomics*, 1997, 40(10) : 982-1001.
- Enthoven, A.C., Vorhaus, C.B. « A vision of quality in health care delivery », *Health Aff.*, mai 1997, 16(3) : 44-57.
- Ewell, C. « Building an integrated system: How's, when's, why's », *Healthc. Exec.*, janvier/février 1987, 2(1) : 42-45.

## F

---

- Fanizza, R., Clinch, P. « Rolling out CQI training on a shoe-string », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Fisher, A., Rossy, D., et coll. « Implementation of unit-based continuous quality improvement approach to quality management: applying concepts to practice », *CJONA*, novembre 1995, 8(4) : 42-58.
- Fitzgerald, R., Shiverick, B., et coll. « Applying performance measures to long term care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(7) : 505-517.
- Flagle, C.D. « The integrated health-care system: reflection and projection », *J. Soc. Health Syst.*, 1992, 3(4) : 16-24.

- Flower, J. « Collaboration: the new leadership », *Healthc. Forum J.*, novembre/décembre 1995: 20.
- Francis, D., Young, D. *Improving Work Groups: A Practical Manual for Team Building*, Toronto : Pfeiffer, 1992.
- Fried, B.J., Gelmonm, S.B. « Multi-institutional arrangements: the Canadian experience », *Dimensions*, mars 1987, 64(2) : 14-19.
- Fried, B.J., Johnsen, M.C., et coll. « An empirical assessment of rural community support networks for individuals with severe mental disorders », *Community Mental Health J.*, février 1998, 34(1) : 39-56.
- Frieders, M., Grant, M.K. « The call to collaboration », *Health Progress*, 1990, 71(7) : 50-55.
- Friedman, M.D., Bailit, M.H., et coll. « Vendor management: A model for collaboration and quality improvement », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(11) : 635-645.
- Fries, B.E., Morris, J.N., et coll. « Facility report cards and the ecological fallacy », *Can. J. Qual. Health Care*, 1998, 14(2) : 18-22.
- Frolich, A., Bernstein, K., et coll. « Quality development based on informatics in health care: steps in the Danish national strategy illustrated by four cases », *Medinfo*, 1995, 8(2) : 1632.

## G

- Gates, P.E. « Think globally, act locally: An approach to implementation of clinical practice guidelines », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(2) : 71-86.
- George, S. *The Baldrige Quality System: the Do-it-Yourself Way to Transform your Business*, New York : Wiley, 1992.
- Gevry, H., Pilon, C., et coll. « Évaluation de la satisfaction des mères hospitalisées à l'unité mère-enfant », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Ghoshal, S., Bartlett, C.A. « Changing the role of top management: beyond structure to process », *Har. Bus. Rev.*, janvier 1995 : 86-96.
- Goldberg, H.I., Wagner, E.H., et coll. « A randomized controlled trial of CQI teams and academic detailing: can they alter compliance with guidelines? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(3) : 130-142.
- Goldfield, N., Villani, J. « The use of administrative data as the first step in the continuous quality improvement process », *Am. J. Med. Qual.*, printemps 1996, 11(1) : S35-38.

- Goldsmith, J.C. « The illusive logic of integration », *Healthc. Forum J.*, septembre 1994 : 26-31.
- Gordon, P.R., Carlson, L., et coll. « A multisite collaborative for the development of interdisciplinary education in continuous improvement for health professions students », *Acad. Med.*, 1996, 71(9) : 973-978.
- Gothard, L., Wixson, N. « Charting a course for continuous quality improvement », *Risk Manage*, 1994, 41 : 27-33.
- Granger, K.V., Gresham, G. « Functional assessment in rehabilitation medicine: An introduction and background », *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 1993, 4 : 4117.
- Greenwood, J. « Action research and action researchers: some introductory considerations », *Contemporary Nurse*, 1994, 3 : 84-92.
- Griffith, J.R. « The infrastructure of integrated delivery systems. Do you have the management foundation to support radical change », *Healthc. Exec.*, 1995, 10(3) : 12-17.
- . « Reengineering health care: Management systems for survivors », *Hosp. Health Serv. Admin.*, 1994, 39(4) : 451-70.3.
- Gropper, E.I., Skarzynski, J.J. « Integrating quality assessment and improvement », *Nurs. Manage*, mars 1995, 26(3) : 22-23.
- Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs. *Effective Dissemination and Implementation of Canadian Task Force Guidelines on Preventive Health Care: Literature Review and Model Development*, rapport final présenté à Santé Canada, London (Ontario), 1999.
- Groupe de travail de l'Institut canadien d'information sur la santé en matière de systèmes d'information pour la santé communautaire, Chevalier, S., et coll. *Indicateurs de santé communautaire : définitions et interprétations*, Ottawa : ICIS, 1995.

## H

- Habib, J., Massoud, M.R.F., et coll. « Quality management for health care in the Middle East and North Africa: Professional cooperation as part of the peace process », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(1) : 65-68.
- Hadorn, D. « The role of public values in setting health care priorities », *Soc. Sci. Med.*, 32(7) : 773-781.



- Hadorn, D.C., Sorensen, J., et coll. « Large-scale health outcomes evaluation: How should quality of life be measured? Part II. Questionnaire validation in a cohort of patients with advanced cancer », *J. Clin. Epidemiol.*, 1995, 48(5) : 619-629.
- Halpern, J. « The measurement of quality of care in the veterans health administration », *Med. Care*, 1996, 34(3 suppl.) : MS 55-68.
- Hammer, M., Champy, I. *Re engineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*, New York : Harper, 1993.
- Harman, L.B., Carleson, L., et coll. « Blessed are the flexible: the George team », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(3) : 188-197.
- Harvey, G. « Quality in health care: traditions, influences and future directions », *Int. J. Qual. Health Care*, août 1996, 8(4) : 341-350.
- Health Management Resource Group. *A Mental Health Plan for Vancouver: Refocusing and Redesigning the System*, Vancouver (BC) : HMRG, avril 1996.
- Heidemann, E. « The Canadian health care system: cost and quality », *Bull. Pan. Am. Health Organ.*, juin 1994, 28(2) : 169-176.
- Heil, R., Lane, S., et coll. « Quality improvement teams. Using performance improvement team to reinvent a mandatory education program », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(2) : 103-116.
- Hesselbein, F. « Managing in a world that is round », dans Hesselbein, F., Cohen, P. (éd.), *Leader to Leader*, San Francisco : Jossey-Bass, 1999.
- Hesselbein, F., Goldsmith M., et coll. (éd.) *The Organization of the Future*, San Francisco : Jossey-Bass, 1997.
- Hirdes, J.P. « Measuring quality of life in long term care settings: A challenge for service quality initiatives », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Hoge, M.A., Howenstine, R.A. « Organizational development strategies for integrating mental health services », *Community Ment. Health J.*, juin 1997, 33(3) : 175-187.
- Hopkins, A., Gabbay, J., et coll. « Role of users of health care in achieving a quality service », *Qual. Health Care*, 1994, 3 : 203-209.
- Hoskins, E.J., Al-Hamid Noor, F.A., et coll. « Implementing TQM in a military hospital in Saudi Arabia », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1994, 20(8) : 454-464.
- Hughes, J.M. « Quality health care in the nineties. A case of continuous quality improvement », *J. Fla. Med. Assoc.*, 1990, 77(12) : 1049-1050.

- Hurley, J., Lomas, J., et coll. « When tinkering is not enough: Provincial reform to manage health care resources », *Can. Public Adm.*, 1994, 37(3) : 490-514.
- Huskins, W.C., Soule, B.M., et coll. « Hospital infection prevention and control: a model for improving the quality of hospital care in low-and middle-income countries », *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, 1998, 19(2) : 125-135.
- Hyde, R.S., Vermillion, J.M. « Driving quality through Hoshin planning », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(1) : 27-35.

## I

---

- Iker, C., Latta, W., et coll. « Assuring Optional Breastfeeding Success: A combined hospital and community program », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Iker, C., Pfaff, V. « Multidisciplinary teamwork: Essential for quality care in perinatal loss », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- « Informing Canadians – Public accountability and transparency », extrait de *A Framework to Improve the Social Union for Canadians*, entente du 4 février 1999 sur l'union sociale, Ottawa : Approvisionnements et Services, 1999.

## J

---

- Jacques, E., Clement, S.D. *Executive Leadership: a Practical Guide in Managing Complexity*, Cambridge (MA) : Blackwell Business, 1991.
- Jencks, S.F. « Changing health care practices in medicare's health care quality improvement program », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, juillet 1995, 21(7) : 343-347.
- Joffe, R., Levitt C., et coll. « Shared mental health care in Canada », *Can. J. Psychiatr.*, 1997, 42(8) : 43.
- Johnson, M.W., Coombs, G.W., et coll. « Merger and medical staff: An approach to integration », *Healthc. Manage Forum*, 1991, 4 (2) : 32-38.
- Jones, A., Hendry, C. « How learning organizations are created », *Target Manage Develop. Rev.*, 1992, 5 : 10-15.
- Juran, D. « Achieving sustained quantifiable results in an interdepartmental quality improvement project », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1994, 20(3) : 105-119.



- Juran, J.M. *Managerial Breakthrough—A New Concept of the Manager's Job*, New York : McGraw-Hill, 1964.
- Juzwishin, D.W.M., Merkley, J.D. « Managing organizational change involved in integrating departments », *Dimensions*, mars 1987, 64(2) : 31-33.

## K

- Kabcenell, A. « Lessons in cooperation: An update on improving the quality of hospital care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(10) : 591-593.
- Kaluzny, A.D. « How do we really know that we are improving quality? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(11) : 719-720.
- Kaplan, R., Norton, D. « Using the balanced scorecard as a strategic management system », *Har. Bus. Rev.*, janvier/février 1996 : 75-85.
- Katras, A.A., Major, P.E., et coll. « Forecasting patient services: a 21st century vision of an academic health centre », *Healthc. Manage Forum*, été 1999, 12(2) : 12-20.
- Katz, J., Green, E. « In pursuit of a definition of quality », *In Managing Quality a Guide to Monitoring and Evaluating Nursing Services*, Toronto : Mosby-Year Book, 1992.
- Katzenbach, J. *Teams at the Top*, Boston : Harvard Business School Press, 1998.
- Katzenbach, J., Smith, D. « The discipline of teams », *Harv. Bus. Rev.*, 1993, 71(2) : 111-120.
- Kazandjian, V. *The Epidemiology of Quality*, Gaithersburg : Aspen, 1995.
- Kennedy, M. « TQM: Helping to build integrated delivery systems », *The Quality Letter*, juillet/août 1995 : 2-9.
- Kerfoot, K. « Glue: the essence of leadership », *Nurs. Econ.*, mars 1997, 15(2) : 100-101.
- Kibbe, D.C., Bard, M. « Applying clinical informatics to health care improvement: Making progress is more difficult than we thought it would be », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(12) : 619-622.
- Kibbe, D.C., Smith, P.P., et coll. « A guide to finding and evaluating best practices health care information on the internet: The truth is out there? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(12) : 678-686.
- Kilo, C.M., Kabcenell, A., et coll. « Beyond survival: toward continuous improvement in medical care », *New Horiz.*, février 1998, 6(1) : 3-11.

- Kitson, A., Harvey, G., et coll. « Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 149-158.
- Klein, D., Motwani, J., et coll. « Continuous quality improvement, total quality management, and reengineering: one hospital's continuous quality improvement journey », *Am. J. Med. Qual.*, automne 1998, 3(3) : 158-163.
- Kobs, A.E. « Getting started on benchmarking », *Outcomes Manag. Nurs. Pract.*, janvier 1998, 2(1) : 45-48.
- Kofman, F., Senge, P. « Communities of commitment: the heart of learning organizations », *Organ. Dyn.*, 1993, 22 : 4-18.
- Kolitsi, Z., Griva, V., et coll. « Computer assisted process management for health care: the IBIS tool », *Med. Inform. (Lond)*, juillet 1997, 22(3) : 215-225.
- Kolls, J. « The transformational leader: the wellspring of the learning organization », dans Chawla, S., Renesch, J. (éd.), *Learning Organizations: Developing Cultures for Tomorrow's Workplace*, Portland (OR) : Productivity Press, 1995.
- Kosseff, A.L. « Continuous quality improvement », *JAMA*, janvier 1992, 267(1) : 55-56.
- Kotter, J.P. « Leading change: why transformation efforts fail », *Har. Bus. Rev.*, mars 1995 : 59-67.
- Kowal, C.E., Kagen-Fishkind, J.E., et coll. « An educational model to introduce staff nurses to continuous quality improvement/total quality management concepts », *J. Nurs. Staff Dev.*, mai 1997, 13(3) : 144-148.
- Kritchevsky, S.B., Simmons, B.P. « Continuous quality improvement: concepts and applications for physician care », *JAMA*, 1991, 266 : 1817.

## L

- La Penta, C., Jacobs, G.M. « Application of group process model to performance appraisal development in a CQI environment », *Health Care Manage Rev.*, automne 1996, 21(4) : 45-60.
- Lafave, H.G., de Souza, H.R., et coll. « Assertive community treatment of severe mental illness: a Canadian experience », *Psychiatr. Serv.*, juillet 1996, 47(7) : 757-759.

- Laffel, G.L., Thompson, D., et coll. « Developing a corporate-level performance assessment system », *Qual. Manage Health Care*, 1995, 3(4) : 62-70.
- Langley, G.J., Nolan, K.M., et coll. « The foundation of improvement », *Quality Progress*, juin 1994, 27 : 81-86.
- Larson, E.W., King, J.B. « The systematic distortion of information: an ongoing challenge to management », *Organ. Dyn.*, 1996, 24 : 49-65.
- Lavis, J.N., Anderson, G.M. « Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications », *Can. Med. Assoc. J.*, 1 février 1996, 154(3) : 321-328.
- Leatt, P., Lemieux-Charles, L., Aird, L., Leggat, S. (éd.). *Strategic Alliances in Health Care: A Casebook in Management Innovation*, Toronto: Collège canadien des directeurs de services de santé, 1996.
- Leatt, P., Pink, G.H., et coll. « Integrated delivery systems: has their time come in Canada? », *Can. Med. Assoc. J.*, 15 mars 1996, 154(6) : 803-809.
- LeClair, C. « The merger imperative », *Association*, 1994, 11(2) : 13-15.
- Leebov, W., Scott, G. *Health Care Managers in Transition*, San Francisco : Jossey-Bass, 1990.
- Lehmann, R. « Forum on clinical indicator development: a discussion of the use and development of indicators », *QRB*, 1989, 15(7) : 223-227.
- Lenz, D.W. « Hospital consolidation gives opportunity to redefine focus », *Health Care Strat. Manage*, 10(9) : 10-12, 14-18.
- Lenz, S., Myers, S., et coll. « Benchmarking: Finding ways to improve », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1994, 20(5) : 250-259.
- Leonard, K.J. « Total quality in information systems management: issues for the health care industry », *Meth. Inform. Med.*, 1998, 37 : 156-160.
- Lichtman, D.M. « Measures of effectiveness: a methodology of integrating planning, measurement, and continuous improvement », *Military Med.*, 1995, 160(4) : 189-193.
- Lingle, J.H., Schiemann, W.A. « From balanced scorecard to strategic gauges: is measurement worth it? », *Am. Manage Rev.*, mars 1996 : 56-61.
- Luke, R.D., Wholey, D.R. « Commentary: on "a taxonomy of healthcare networks and systems: bringing order out of chaos" », *Health Serv. Res.*, février 1999, 33(6) : 1719-1725.

---

M

---

- MacIntyre, K. « Continuous quality improvement: Analyzing the organizations readiness », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- MacKenzie, T.A., Hopman, W., et coll. « The outcomes monitoring project: Primary results of an outcomes monitoring strategy in hospitals », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Madu, C.M., Kuei, C. « Introducing strategic quality management », *Long Range Plann.*, 1993, 26(6) : 121-132.
- Maguerez, G. « The CQI/TQM journey in France », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(1) : 33-37.
- Malik, A.M. « Quality improvement issues in Brazil », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(1) : 55-59.
- Marriott, J., Mable, A.L. *Integrated Models—International Trends and Implications for Canada*, National Forum on Health, juin 1996.
- \_\_\_\_\_. *Comprehensive Health Organizations: A New Paradigm for Health Care*, Kingston (Ontario) : Université Queen's, School of Policy Studies, 1994.
- Marshall, R., Yorks, L. « Planning for a restructured, revitalised organization », *Sloan Manage Rev.*, été 1994 : 81-91.
- Mays, G.P., Halverson, P.K., et coll. « Collaboration to improve community health: trends and alternative models », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(10) : 518-540.
- McFarland, D., Harmann, L., et coll. « The quest for TQM in a community mental health center: Using the Baldrige criteria as a framework », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(1) : 37-47.
- McKee, M., Aiken, L., et coll. « Organisational change and quality in health care: an evolving international agenda », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 37-41.
- McKenna, H., Hsu, H.Y. [éditorial] « Quality and evidence in nursing », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 179-180.
- McKenzie, L. « Cross-functional teams in health care organizations », *Health Care Supervisor*, 1994, 12(3) : 1-10.
- McKeon, T. « Activity-based management: a tool to complement and quantify continuous quality improvement efforts », *J. Nurs. Care Qual.*, janvier 1996, 10(2) : 17-24.

- McLaughlin, C.P. « Rebuilding community and regional collaboration: the Kingsport, Tennessee experience », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, octobre 1998, 24(10) : 601-608.
- McLaughlin, C.P., Kaluzny, A.D. « Quality management in health care: Successes and lessons in implementation », *J. Cont. Ed. H. Prof.*, 1995, 15(3) : 165-174.
- McSweeney, A.J., Creer, T.L. « Health-related quality-of-life assessment in medical care », *Disease-a-Month*, janvier 1995, 41(1) : 1-72.
- Meister, C., Boyle, C. « An investigation of perceptions of quality in a long term care setting », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.
- Miller, W.C. *Quantum Quality: Quality Improvement Through Innovation, Learning, and Creativity*, White Plains (NY) : Quality Resources, 1993.
- Mink, O.G. « Creating new organizational paradigms for change », *Intl. J. Qual. and Reliability in Manage.*, 1992, 9 : 21-35.
- Mohrman, S., Cohen, S., et coll. *Designing Team-Based Organizations: New Forms for Knowledge Work*, San Francisco : Jossey-Bass, 1995.
- Moore, S.M., Alemi, F., et coll. « Interdisciplinary learning in the continuous improvement of health care: Four perspectives », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(3) : 165-171.
- Mor, V., Morris, J., et coll. « Benchmarking quality in nursing homes: the Q-Metrics system », *Can. J. Qual. Health Care*, 1998, 14(2) : 12-17.
- Mosel, D., Gift, B. « Collaborative benchmarking in Health Care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1994, 20(5) : 239-249.

## N

---

- Nanus, B. « Visionary leadership: how to re-vision the future », *Futurist*, 1992, 26 : 20-25.
- Naylor, C.D., Anderson, G.M., Goel, V. (éd.). *Patterns of Health Care in Ontario*, Ottawa : AMC, 1994.
- Nelson, E.C., Batalden, P.B., et coll. « Report cards or instrument panels: who needs what? », *Jt. Comm. Accred. Health Care Org.*, USA, 1995.
- Nelson, E.C., Landgraf, J.M., et coll. « The functional status of patients: How can it be measured in physicians' offices? », *Med. Care*, 1990, 28(12) : 1111-1126.
- Nerenz, D.R., Zajac, B.M., et coll. « Consortium research on indicators of system performance (CRISP) », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1993, 19(12) : 577-585.

- Neuhauser, D. « Conclusion lessons learned », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(7) : 69.
- Nevis, R.C., Di Bella, A.J., et coll. « Understanding organizations as learning systems », *Sloan Manage Rev.*, hiver 1995 : 73-85.
- Nield, S., Vail, S. « Toward a system-wide approach to health care », *Can. Nurse*, novembre 1996, 92(10) : 60, 59.
- Novello, D.J. « The consumer's role in health care », *NLN Publ.*, 1978, (52-1727) : 1-6.

## O

---

- Oake-Vecchiato, J., Skelton-Green, J.M. « "Letting go:" The dissolution of a voluntary organization... and the lessons learned », *CJONA*, novembre 1997, 10(4) : 45-64.
- Oakley, P., Greaves, E. « Restructuring. From command to demand – cultural consequences », *Health Service J.*, 1995, 105 : 32-33.
- O'Brien, J.L., Shortell, S.M., et coll. « An integrative model for organization-wide Quality Improvement: lessons from the field », *Qual. Manag. H. Care*, 3(4) : 19-30.
- O'Connor, P.J., Solberg, L.I., et coll. « The future of primary care: the enhanced primary care model », *J. Fam. Pract.*, juillet 1998, 47(1) : 62-67.
- O'Neil, E. « When a leader is confronted with change », *Hosp. Pract.*, 15 décembre 1998, 33(12) : 95-96.
- Osmun, W.E., Poenn, D., et coll. « Dilemma of rural obstetrics. One community's solution », *Can. Fam. Phys.*, juin 1997, 43 : 1115-1119.
- Ovretveit, J. « Would it work for us? Learning from quality improvement in Europe and beyond », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(1) : 7-22.

## P

---

- Paeger, A. « Quality Improvement in Germany », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(1) : 38-46.
- Palmberg, M. « Quality improvement in Swedish Health Care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23 (1) : 47-54.
- Parkinson, J., Hassen, P., et coll. « Redesigning/Re-engineering health care-the link with TQM/CQI », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.



- Patterson, C.J., Eaton, W.H., et coll. « A continuing medical education strategy for care of the elderly by the surgical specialties », *Can. J. Surg.*, octobre 1995, 38(5) : 427-431.
- Patton, M.Q. *Utilization-focused Evaluation*, 3<sup>e</sup> éd., Thousand Oaks (CA) : Sage Publications, 1995.
- Pavia, L., Berry, H.R. « Collaboration: Choosing the right model and right structure », *Health Care Strateg. Manage*, juin 1993 : 14-17.
- Pedlar, M. « A guide to the learning organization », *Industrial and Commercial Training*, 1995, 27 : 21-25.
- Pellegrino, E.D. « Ethics », *JAMA*, juin 1996, 275(23) : 1807-1809.
- Peter, T., Waterman, R. *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*, New York : Harper and Row, 1982.
- Playle, J.F., Mullarkey, K. « Parallel process in clinical supervision: enhancing learning and providing support », *Nurse Educ. Today*, octobre 1998, 18(7) : 558-566.
- Plsek, P.E. « Collaborating across organizational boundaries to improve the quality of care », *Am. J. Infect. Control*, 1997, 23 : 85-95.
- . « The "letting go" process: A way for busy leaders to find more time in the day », *Quality Connection*, hiver 1996, 5(1) : 8-9.
- Plsek, P.E., Omnias, A. *Quality Improvement Tools*, Wilton (CT) : Juran Institute, 1989.
- Pointer, D.D., Alexander, J.A., et coll. « Loosening the Gordian Knot of governance in integrated health care delivery systems », *Front Health Serv. Manage*, 1995, 11(3) : 3-37.
- Porell, F., Caro, F.G., et coll. « A longitudinal analysis of nursing home outcomes », *Health Serv. Res.*, octobre 1998, 33 : 4.
- Porter-O'Grady, T. « The seven basic rules for successful redesign », *J. Nurs. Admin.*, 1996, 26(1) : 46-53.
- Poses, R.M. « The sucker notion », *J. Gen. Intern. Med.*, 1996, 11 : 381-382.
- Poses, R.M., Isen, A.M. « Qualitative research in medicine and health care: questions and controversy », *J. Gen. Intern. Med.*, 1998, 13 : 32-38.
- Presnell, C., Hutcheson, A. « Using a CQI team to produce a more efficient nursing home placement process », *Jt. Comm. Qual. Improv.*, 1997, 23(2) : 79-92.
- Prideaux, G. « Action research, organisation change and management development », *Austr. Health Rev.*, 1990, 13 : 3-14.
- Probst, C.I., Rodey, B.J. « Client-centered accreditation—A framework for change », présentation au 12<sup>e</sup> Congrès mondial de l'ISQA, St. John's (Terre-Neuve), juin 1995.

## Q

---

Quantum Solutions. « Organizational transformation », *Managing Change*, hiver 1998.

Quick, T. *Successful Team Building*, New York : Amacom, 1992.

## R

---

Racoveanu, N.T., Johansen, K.S. « Technology for the continuous improvement of the quality of health care », *World Health Forum*, 1995, 16(2) : 138-144.

Recardo, R., Molloy, K., et coll. « How the learning organization manages change », *National Productivity Review*, 1995, 15 : 7-13.

Reinhardt, U.E. « Quality in consumer-driven health systems », *Int. J. Qual. Health Care*, octobre 1998, 10(5) : 385-394.

Roberts, H.V., Sergesketter, B.F. *Quality Is Personal: A Foundation for Total Quality Management*, New York : The Free Press, 1993.

Rocca, P.V. « Yet another suggestion to improve quality of care », *Del. Med. J.*, mai 1998, 70(5) : 257-258.

Roos, N.P., Black, C., et coll. « Population health and health care use: An information system for policy makers », *Milbank Q.*, 1996, 74(1) : 3-31.

Roos, N.P., Brownell, M., et coll., « Good news about difficult decisions: the Canadian approach to hospital cost control », *Health Aff.*, septembre 1998, 17(5) : 239-246.

Roos, N.P., Mustard, C.A. « Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: Does the system work well? Yes and no », *Milbank Q.*, 1997, 5(1) : 1-23.

Roos, N.P., Shapiro, E. *Monitoring the Winnipeg Hospital System. The First Report*, Winnipeg Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1994.

Rootman, I. « Continuous quality improvement in health promotion: some preliminary thoughts from Canada », *Health Promotion & Educ.*, juin 1997, 4(2) : 23-25.

Rosen, A. « Continuous quality improvement: principles and techniques », *J. Pract. Nurs.*, décembre 1994, 44(4) : 24-33; quiz 34-36.



Rosenstein, A.H. « Using information management to implement a clinical resource management program », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(12) : 653-666.

Ross, M., Hiebert, G., et coll. « A "partnership:" A case study », *Healthc. Manag. Forum*, 1993, 6(1) : 41-47.

## S

Sackett, D.L., Richardson, W.S., et coll. *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, New York : Churchill Livingstone, 1997-1980.

Sales, A., Lurie, N., et coll. « Is quality in the eye of the beholder? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(5) : 219-225.

Santé et bien-être Canada. *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux*, Ottawa : Approvisionnements et Services, 1998.

Sasenick, S.M. « Benchmarking compendium. Benchmarking: Tales from the Front », *Healthc. Forum J.*, 1993, 36(1) : 37-52.

Schein, E.H. « On dialogue, culture and organizational learning », *Organizational Dynamics*, 1993, 22 : 40-50.

Scrivens, E. « Recent developments in accreditation », *Int. J. Qual. Health Care*, décembre 1995, 7(4) : 427-433.

Shortell, S.M. « Physician involvement in quality improvement: issues, challenges, and recommendations », dans Blumenthal, D., Scheck, A. (éd.), *Improving Clinical Practice: Total Quality Management and the Physician*, San Francisco : Jossey-Bass, 1995.

Shortell, S.M., Bennett, C.L., et coll. « Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress », *Milbank Q.*, 1998, 76(4) : 593-624.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., et coll. « Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators », *Hosp. Health Serv. Adm.*, 1993, 38(4) : 447-466.

Sluyter, G.V. « Total quality management in behavioural health care », *New Dir. Ment. Health Serv.*, automne 1998, (79) : 35-43.

Sluyter, G.V., Berman, S. « Overview: TQM in mental health-the "new kid on the block" », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 22(1) : 5-7.

Smith, P., Adams, D., et coll. « Planning for patient care redesign: success through continuous quality improvement », *J. Nurs. Care Qual.*, janvier 1994, 8(2) : 73-80.

- Sofaer, S. « Patients Perspective: How will we know if we got it right? Aims, benefits, and risks of consumer information initiatives », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(5) : 258-264.
- Solberg, L.I., Kottke, T.E., et coll. « Using continuous quality improvement to increase preventive services in clinical practice—going beyond guidelines », *Prev. Med.*, mai 1996, 25 : 259-267.
- \_\_\_\_\_. « Continuous quality improvement in primary care: what's happening? », *Med. Care*, 1998, 36(5) : 625-635.
- \_\_\_\_\_. « Delivering clinical preventive services is a systems problem », *Ann. Behav. Med.*, été 1997, 19(3) : 271-278.
- \_\_\_\_\_. « Using continuous quality improvement to improve diabetes care in populations: the IDEAL model. Improving care for diabetics through empowerment, active collaboration and leadership », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(11) : 581-592.
- Soled, M. « Continuous quality improvement: a tide whose time has come », *New Engl. J. Med.*, 1995, 92(6) : 399-400.
- Solovy, A. « Trendspotting », *Hosp. Health Netw.*, mars 1998, 72 (6) : 60-62, 64.
- Somerville, M.A. (éd.). *Do We Care? Renewing Canada's Commitment to Health: Proceedings of the First Directions for Canadian Health Care Conference*, Montréal : McGill-Queen's University Press, 1999.
- Steven, F.I., « Stewart MG. Utilizing patient satisfaction data to assess quality improvement in community-based medical practices », *Am. J. Med. Qual.*, hiver 1998, 13(4) : 188-194.
- Sukati, N.A. « Linking quality improvement with primary health care », *Int. Nurs. Rev.*, juillet 1995, 42(4) : 109-114.
- Suski, M., Hack, T., Heaman, M. « Leadership: The Winnipeg Community and Long Term Care Authority », *Healthc. Manage Forum*, été 1999, 12(2) : 57-60.
- Swamidoss, C.P., Watrous, G., et coll. « The use of relational databases in the transition from quality assurance to continuous quality improvement: a clinical practice model », *Am. J. Med. Qual.*, hiver 1998, 13(4) : 228-239.

## T

---

- Takahashi, T. « The paradox of Japan: What about CQI in health care? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1997, 23(1) : 60-64.
- Thomasma, D.C. « The ethics of managed care: challenges to the principles of relationship-centered care », *J. Allied Health*, été 1996, 25(3) : 233-246.
- \_\_\_\_\_. « Toward a 21<sup>st</sup> century bioethic », *Altern. Ther. Health Med.*, mars 1995, 1(1) : 74-75.
- \_\_\_\_\_. « The ethical challenge of providing healthcare for the elderly », *Can. Q. Health Ethics*, printemps 1995, 4(2) : 148-162.
- Thompson, R., Lally, J. « Clinical indicators: do we know what we're doing? », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 122.
- \_\_\_\_\_. [politique sur la santé] « External evaluation of health care in Italy », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 168-169.
- Tillinghast, S.J. « Can Western quality improvement methods transform the Russian health care system? », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(5) : 280-298.
- Torres, C., Spiegel, J. *Self-directed Work Teams: A Primer*, Toronto : Pfeiffer, 1992.
- Trickey, H., Harvey, I., et coll. « Formal consensus and consultation: a qualitative method for development of a guideline for dementia », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 192-199.
- Tully, P., et coll. « Downsizing Canada's hospitals, health reports 1986/87-1994/95 », *Hosp. Reports*, 1997, 8(3) : 33-39.
- Turner, T. « Shared care with primary care physicians: Reforming mental health services », présentation en Ontario, 1998.

## U

---

- Usher, R.W. « How to measure the effectiveness of quality assurance », *Qual. Assur.*, octobre 1997, 5(4) : 285-291.

## V

---

- Vision renouvelée du régime de services de santé du Canada*, conférence des ministres provinciaux/territoriaux de la Santé, 1997.

---

W

---

- Wadsworth, H.M., Stephens, K.S., et coll. *Modern Methods for Quality Control and Improvement*, New York (NY) : John Wiley and Sons, 1986.
- Wakefield, D.S., Helms, C.M. « Quality management/improvement programs: the role of peer review in a health care organization driven by TQM/CQI », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1995, 21(5) : 227-231.
- Walters, D.J., Morgan, D.A. « Core and comprehensive health care services: 2. Quality of care issues », *CMAJ*, 15 avril 1995, 152 (8) : 1199-1204.
- Walton, M. *The Deming Management Method*, New York : Putnam Publishing Group, 1986.
- Weiner, B.J., Alexander, J.A., et coll. « Leadership for quality improvement in Health Care: empirical evidence on hospital boards, managers, and physicians », *Med. Care Res. Rev.*, 1996, 53(4) : 397-416.
- Wellins, S., Byham, W.C., et coll. *Empowered Teams*, San Francisco : Jossey-Bass, 1991.
- White, R.E., Lyons, J.S. « "Road maps" more practical right now than "report cards" », *Mod. Healthc.*, novembre 1994 : 56-58.
- Whiteley, R.C. *The Customer Driven Company: Moving from Talk to Action*, Reading (MA) : Addison-Wesley, 1991.
- Wilcock, P.M. « Never mind the quality: feel the improvement », *Qual. Health Care*, 1998, 7 : 181.
- Wilson, E.A., Young, P.L. « Nursing futures: a process to promote change in the delivery of care, *Rehab. Nurs.*, novembre 1996, 21(6) : 307-310.
- Wilson, J. « Integrated care management », *Br. J. Nurs.*, février 1998, 7(4) : 201-202.
- Windak, A., Tomasik, T., et coll. « The Polish experience of quality improvement in primary care », *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1998, 24(5) : 232-239.

## Y

---

- Yassi, A. « Utilizing data systems to develop and monitor occupational health programs in a large Canadian hospital », *Methods Inf. Med.*, juin 1998, 37(2) : 125-129.
- Young, B.C, Doyle, K.R. « Quality assurance in Canadian emergency departments: a national survey », *J. Emerg. Med.*, septembre/octobre 1995, 13(5) : 721-727.

## Z

---

- Zenike, R. « The call of community », *Training*, 1996, 33 : 24-30.
- Ziegenfuss, J.T. Jr. « Visioning, reengineering, and continuous quality improvement: parts of the quality management whole », *Am. J. Med. Qual.*, hiver 1998, 13(4) : 173.
- Ziegenfuss, J.T. Jr., Munzenrider, R.F., et coll. « Engineering quality through organization change: a study of patient care initiatives by teams », *Am. J. Med. Qual.*, printemps 1998, 13(1) : 44-51.
- Zimmerman, D., Karon, S., et coll. « Development and testing of nursing home quality indicators », *Health Care Financ. Rev.*, 1995, 16(4) : 107-127.

---

# ANNEXES

ANNEXE A  
LES 14 POINTS DE DEMING

ANNEXE B  
RESSOURCES DISPONIBLES DANS INTERNET

ANNEXE C  
RENSEIGNEMENTS SUR  
LES PERSONNES-RESSOURCES

ANNEXE D  
UN PLAN RÉGIONAL

ANNEXE E  
INTÉGRATION DES INDICATEURS

ANNEXE F  
PRIX CANADIENS EN MATIÈRE DE QUALITÉ







# ANNEXE A

## LES 14 POINTS DE DEMING



## LES 14 POINTS DE W. EDWARDS DEMING

---

- 1.** Viser le but avec constance pour améliorer le produit et le service.
- 2.** Adopter la nouvelle philosophie.
- 3.** Abandonner la dépendance à l'égard de l'inspection massive.
- 4.** Mettre fin à la pratique d'attribution de contrats aux entreprises en ne tenant compte que du prix.
- 5.** Améliorer constamment et pour toujours le système de production et de service.
- 6.** Instituer des cours de formation et de perfectionnement.
- 7.** Établir du leadership.
- 8.** Chasser la peur.
- 9.** Démolir les barrières entre les secteurs.
- 10.** Éliminer les slogans, les exhortations et les cibles dans la population active.
- 11.** Éliminer les quotas numériques.
- 12.** Enlever les obstacles à la fierté dans l'exécution du travail.
- 13.** Instituer un programme rigoureux en matière d'éducation et de perfectionnement.
- 14.** Prendre les mesures pour réaliser la transformation.



# ANNEXE B

## RESSOURCES DISPONIBLES DANS INTERNET



## VUE D'ENSEMBLE

Cette section offre plusieurs adresses Internet ayant un rapport particulier avec les questions liées à la qualité dans les soins de santé.

Le répertoire comprend ce qui suit :

- Guides et points d'accès axés sur le sujet
- Diffusion électronique
- Bases de données particulières
- Lignes directrices en matière de pratique clinique
- Associations et établissements
- Renseignements gouvernementaux
- Information obtenue lors de conférences
- Serveurs de liste (listes de diffusion électronique)
- Autres sites d'intérêt





## GUIDES ET POINTS D'ACCÈS AXÉS SUR LE SUJET



**Hardin Meta Directory of Internet Health Sources**

<http://www.arcade.uiowa.edu/hardin-www/md.html>



**Martindale's Health Science Guide**

<http://www-sci.lib.uci.edu/HSGuide.html>



**Medical Matrix: Guide to Internet Clinical Medicine Resources**

<http://www.medmatrix.org>



**OMNI: Organizing Medical Networked Information**

<http://omni.ac.uk/>



**Yahoo! Health**


<http://www.yahoo.com/health>




**Yahoo! Medicine**


<http://www.yahoo.com/health/medicine>


## DIFFUSION ÉLECTRONIQUE


 **Academic Medicine**  
<http://www.aamc.org/findinfo/aamcpubs/acadmed/start.htm>


 **American Journal of Nursing Online**  
<http://www.ajn.org/>

Autres revues en soins infirmiers, y compris *A/N*  
<http://www.NursingCenter.com>


 **American Journal of Public Health**  
<http://www.apha.org/news/publications/journal/AJPH2.html>


 **Archives of AMA and JAMA (The American Medical Association publications)**  
[http://www.ama-assn.org/archive\\_home.htm](http://www.ama-assn.org/archive_home.htm)


 **BMJ - British Medical Journal**  
<http://www.bmj.com/bmj/index.html>

 **Canadian Medical Association Journal Online**  
<http://www.cma.ca/publications/index.htm>


 **Cost and Quality Quarterly**  
<http://www.cost-quality.com/>

 **Evidence-Based Medicine**  
<http://www.acponline.org/journals/ebm/ebmmenu.htm>


 **Health Services Research**  
<http://www.xnet.com/~hret/hsr.htm>

 **International Journal for Quality in Health Care**  
<http://www.isqua.org.au/Journal/journal.html>

---

 **The Lancet**

<http://www.thelancet.com>

 **New England Journal of Medicine Online**

<http://www.nejm.org/>

 **MedWeb**

<http://www.medweb.emory.edu/MedWeb/>

## BASES DE DONNÉES PARTICULIÈRES



**CancerNet**

<http://cancernet.nci.nih.gov/>



**CARL UnCover**

<http://uncweb.carl.org/>



**ERIC Database**

<http://ericir.syr.edu/Eric/>



**MEDLINE**

<http://www.medmatrix.org>



**Physicians Data Query (PDQ) Cancer Database**

<gopher://gopher.nih.gov:70/11/clin/cancernet/pdqinfo>

## LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUE CLINIQUE

- ☐ **Alberta Medical Association - Clinical Practice Guidelines**  
<http://www.amda.ab.ca/cpg/search.html>
- ☐ **American Society of Anesthesiologists**  
<http://www.asahq.org/>
- ☐ **Infobanque des GPC de l'Association médicale canadienne**  
<http://www.cma.ca/cpgs-f/index.htm>
- ☐ **Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - CDC Prevention Guidelines**  
<http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/prevguid.htm>
- ☐ **Cochrane Collaboration**  
<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm>
- ☐ **HEALNet (Health Evidence Application and Linkage Network)**  
<http://hiru.hirunet.mcmaster.ca/nce/>
- ☐ **HIRU (Health Information Research Unit)**  
<http://hiru.mcmaster.ca/>
- ☐ **HSTAT (Health Services/Technology Assessment)**  
<http://text.nlm.nih.gov/>

## ASSOCIATIONS ET ÉTABLISSEMENTS

- ☐ American College of Healthcare Executives (ACHE)  
<http://www.ache.org/>
- ☐ American Hospital Association  
<http://www.aha.org/>
- ☐ American Medical Association (AMA)  
<http://www.ama-assn.org/>
- ☐ American Society for Healthcare Risk Management  
<http://www.ashrm.org/>
- ☐ Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS)  
<http://www.cchse.org/>
- ☐ Conseil canadien d'agrément des services de santé  
<http://www.cchsa.ca/frnch.htm>
- ☐ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)  
<http://www.cihi.ca/frnch/findex.html>
- ☐ Association médicale canadienne en direct (AMC)  
<http://www.cma.ca/fra-index.asp>
- ☐ Société canadienne de santé internationale (SCSI)  
<http://www.csih.org/#francais>
- ☐ European Healthcare Management Association (EHMA)  
<http://www.ehma.org/index/html>
- ☐ International Society for Quality in Health Care (ISQua)  
<http://www.isqua.org.au/>
- ☐ National Committee for Quality Assurance (NCQA)  
<http://www.ncqa.org>
- ☐ Ontario Hospital Association  
<http://www.oha.com>



## RENSEIGNEMENTS GOUVERNEMENTAUX

### MINISTÈRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ

- Santé Canada en direct  
<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/>

### *Santé Canada - Sites Web de la Division de la santé des adultes*

## **adulthealth.com**

- 👤 Plan du site  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/ahdivision/index.html>
- 👤 Cancer du sein  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/cancerdusein/index.html>
- 👤 Cancer du col utérin  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/cancerducoluterin/index.html>
- 👤 CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program)  
<http://www.adulthealth.com/CINDI>
- 👤 Diabète  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/diabete/index.html>
- 👤 Cœur en santé  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/healthyheartkit/healthyheartkit\\_fr.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/healthyheartkit/healthyheartkit_fr.htm)
- 👤 Healthy Heart Kit  
<http://www.healthyheartkit.com> ou [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/healthyheartkit/healthyheartkit\\_fr.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/healthyheartkit/healthyheartkit_fr.htm)
- 👤 Hypertension  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/hypertension/index.html>
- 👤 Médecine préventive  
<http://www.adulthealth.com/CGCPHC>

**Pratiques préventives**

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/epphp/index.html>

**Santé en milieu de travail**

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/travail/index.html>

***MINISTÈRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ***

- Colombie-Britannique <http://www.hlth.gov.bc.ca>
- Alberta <http://www.health.gov.ab.ca>
- Saskatchewan <http://www.gov.sk.ca/govt/health>
- Manitoba <http://www.gov.mb.ca/health>
- Ontario <http://www.gov.on.ca/health>
- Québec <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Nouveau-Brunswick <http://www.gov.nb.ca/hcs>
- Nouvelle-Écosse [http://www.gov.ns.ca/govt\\_index.asp](http://www.gov.ns.ca/govt_index.asp)
- Île-du-Prince-Édouard <http://www.gov.pe.ca/hss>
- Terre-Neuve <http://www.gov.nf.ca/health>
- Territoires du Nord-Ouest <http://www.hlthss.gov.nt.ca>
- Territoire du Yukon <http://www.hss.gov.yk.ca>
- Nunavut <http://www.nunavut.com/health/>

## SITES INTERNATIONAUX

- **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**  
<http://www.cdc.gov/>
- **National Cancer Institute (NCI)**  
<http://www.nci.nih.gov/>
- **National Guideline Clearinghouse (NGC)**  
<http://www.guideline.gov/>
- **National Institutes of Health (NIH)**  
<http://www.nih.gov/>
- **National Library of Medicine (NLM)**  
<http://www.nlm.nih.gov/>
- **US Department of Health and Human Services (HHS)**  
<http://www.os.dhhs.gov/>
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**  
<http://www.who.ch/>

## INFORMATION OBTENUE LORS DE CONFÉRENCES

- ✱ Canadian Medical Association CME Corner  
<http://www.cma.ca/prodev/cme.htm>
- ✱ Doctor's Guide: Medical Meetings and Conferences  
<http://www.pslgroup.com/medconf.htm>
- ✱ National Committee for Quality Assurance Conferences (NCQA)  
<http://www.ncqa.org/pages/education/edcal.htm>
- ✱ Notices of Upcoming Medical Meetings - New England Journal of Medicine  
<http://www.nejm.org/general/text/Notices.htm>
- ✱ Physician's Guide to the Internet - Meetings and Conferences  
<http://www.webcom.com/pgi/meetings.html>

## SERVEURS DE LISTE (LISTES DE DIFFUSION ÉLECTRONIQUE)

- ☐ HEALTHMGMT  
Courriel : [listserv@ursus.jun.alaska.edu](mailto:listserv@ursus.jun.alaska.edu)
- ☐ QP-HEALTH  
Courriel : [majordomo@quality.org](mailto:majordomo@quality.org)

## AUTRES SITES D'INTÉRÊT

- ☐ Agency for Health Care Policy and Research  
<http://www.ahcpr.gov/>
- ☐ Canadian Task force on Preventive Health Care (CTFPHC)  
<http://www.ctfphc.org/>
- ☐ Center for Advanced Medical Informatics  
<http://camis.stanford.edu/>
- ☐ The Change Foundation  
<http://www.changefoundation.com/oha/>
- ☐ Columbia-Presbyterian Medical Centre, New York  
<http://cpmcnet.columbia.edu/health.sci/>
- ☐ Community Health Management Information Services (CHMIS)  
<http://www.chmis.org/>
- ☐ Electric Differential Multimedia Lab, University of Iowa  
<http://www.vh.org/>
- ☐ Group Health Cooperative of Puget Sound  
<http://www.ghc.org>
- ☐ HCFA (Health Care Financing Administration)  
<http://www.hcfa.gov>
- ☐ HCIA  
<http://www.hcia.com>
- ☐ Healthcare Quality Assessment Page  
<http://www.qserve.com/hcass/>
- ☐ HospitalWeb  
<http://neuro-www.mgh.harvard.edu/hospitalweb.shtml>
- ☐ Institut de recherche en services de santé (IRSS)  
<http://www.ices.on.ca>
- ☐ Institute for Healthcare Improvement  
<http://www.ihl.org/>

- ☐ **Medical Outcomes Trust**  
<http://www.outcomes-trust.org/>
- ☐ **Oncolink**  
<http://oncolink.upenn.edu>
- ☐ **Pharminfo**  
[http://pharminfo.com/pin\\_hp.html](http://pharminfo.com/pin_hp.html)
- ☐ **Virtual Hospital**  
<http://www.vh.org>
- ☐ **Visible Human Project**  
[http://www.nlm.nih.gov/research/visible/visible\\_human.html](http://www.nlm.nih.gov/research/visible/visible_human.html)

# ANNEXE C

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES-RESSOURCES





---

**PERSONNES-RESSOURCES POUR LA CLIENTÈLE DES HÔPITAUX ET  
DE SOINS DE LONGUE DURÉE**

**Équipe d'amélioration de la qualité du département de radiologie du  
St. Joseph's Health Centre**

Dr Don Taves  
Chef du département de radiologie  
St. Joseph's Health Centre  
268, rue Grosvenor, case postale 5777  
London (Ontario)  
N6A 4V2  
Téléphone : (519) 646-6100, poste 64644  
Télécopieur : (519) 646-6054

Kathy Wilkins  
Chef et gestionnaire d'équipe  
Médecine nucléaire  
St. Joseph's Health Centre  
268, rue Grosvenor, case postale 5777  
London (Ontario)  
N6A 4V2  
Téléphone : (519) 646-6100, poste 64145  
Télécopieur : (519) 646-6054

**Sondage sur l'évaluation de la satisfaction des soins résidentiels dans les  
services de santé de la région Simon Fraser**

Kathie Young  
Coordonnatrice de l'AQ et de la gestion du risque pour les services  
de soins continus  
Services de santé de la région Simon Fraser  
315, boul. McBride  
New Westminster (Colombie-Britannique)  
V3L 5E8  
Téléphone : (604) 517-8662  
Télécopieur : (604) 517-8651  
Courriel : [kathie\\_young@sfhr.hnet.bc.ca](mailto:kathie_young@sfhr.hnet.bc.ca)

**PERSONNES-RESSOURCES POUR LES PRÉSENTATIONS CONCERNANT  
LES PRIX 3M POUR L'ÉQUIPE DE QUALITÉ EN SOINS DE SANTÉ**

**Projet de transformation du travail du programme de vieillissement**

Anne Morris

Directrice des opérations du programme de vieillissement

Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre

2075, avenue Bayview, pièce KGE39

Toronto (Ontario)

M4N 3M5

Téléphone : (416) 480-4956

Télécopieur : (416) 480-5893

**Santé du sein : Faites le voyage de la découverte jusqu'au diagnostic**

Lynne Scott

Gestionnaire des soins aux malades, services ambulatoires

Saint Mary's Hospital

220, avenue Royal

New Westminster (Colombie-Britannique)

V3L 1H6

Téléphone : (604) 527-3343

Télécopieur : (604) 527-3287

Courriel : [lynne\\_scott@sfhr.hnet.bc.ca](mailto:lynne_scott@sfhr.hnet.bc.ca)

**The Castle Downs Health Centre (Capital Health/Sturgeon Community  
Hospital and Health Care)**

Wendy Hill

Officier supérieur en opérations

Capital Health Authority

201, chemin Boudreau

St. Albert (Alberta)

T8N 6C4

Téléphone : (780) 460-6370

Télécopieur : (780) 460-6262

Courriel : [whill@cha.ab.ca](mailto:whill@cha.ab.ca)

**Le travail d'équipe est la clé des soins de qualité : Un système d'imagerie numérique sans film se penche sur les questions ayant trait à la qualité pour les malades, le personnel hospitalier et médical et l'environnement**

Nancy E. Ross  
Directrice générale  
Headwaters Health Care Centre  
100, promenade Rolling Hills  
Orangeville (Ontario)  
L9W 4X9  
Téléphone : (519) 941-2410  
Télécopieur : (519) 942-0483

**Des soins critiques aux soins communautaires : Réintégration dans la collectivité des malades en ventilation assistée**

Lynda Robinson  
Gestionnaire des soins critiques  
London Health Sciences Centre  
339, chemin Windermere  
London (Ontario)  
M6A 5A5  
Téléphone : (519) 685-8300  
Télécopieur : (519) 663-3094

**Système de livraison des services alimentaires**

Barbara Major-McEwan  
Coordonnatrice régionale, services nutritionnels et alimentaires  
Partenariat des hôpitaux de la région Huron Perth  
a/s Wingham and District Hospital  
270, Terrasse Carling  
Wingham (Ontario)  
NOG 2W0  
Téléphone : (519) 357-3210  
Télécopieur : (519) 357-2931  
Courriel : mcewanb@wcl.on.ca

**Premières naissances : Réduction du taux d'opérations césariennes****Dr Stefan Grzybowski**

Pièce F412

Children's &amp; Women's Health Centre of British Columbia

4500, rue Oak

Vancouver (Colombie-Britannique)

V6H 3N1

Téléphone : (604) 875-3281

Télécopieur : (604) 875-3435

**Équipe de projet du Programme d'éducation sur l'asthme****Cori Chapman**

Directrice administrative du programme

The Credit Valley Hospital

2200, avenue Eglinton Ouest

Mississauga (Ontario)

L5M 2N1

Téléphone : (905) 813-2200

Télécopieur : (905) 813-4444

**L'avenir de l'orthopédie, bien investir! Une refonte des soins et des services pour créer un continuum de soins de qualité pour les malades orthopédiques****Debbie Greenham**

Directrice du département d'orthopédie et des services de réadaptation orthopédique

The Scarborough Hospital

Division générale

3050, avenue Lawrence Est

Scarborough (Ontario)

M1P 2V5

Téléphone : (416) 431-8118

Télécopieur : (416) 431-8169

**PERSONNES-RESSOURCES DES INFIRMIÈRES DE L'ORDRE DE VICTORIA (VON)****VON, bureau d'Ottawa****Jan Leiterman**

Directrice des services cliniques du bureau national

5, avenue Blackburn

Ottawa (Ontario)

K1N 8A2

Courriel : clinical@von.ca

Téléphone : (613) 233-5694 (222)

Télécopieur : (613) 233-6987

**VON, bureau de Toronto****Irmajean Bajnok, RN, MScN, Phd**

Directrice des opérations et du perfectionnement professionnel

Succursale du Toronto métropolitain

3190, avenue Steeles Est, bureau 300

Markham (Ontario)

L3R 1G9

Téléphone : (416) 499-2009

Télécopieur : (416) 499-8460

Courriel : ibajnok@vonmetrotor.on.ca



# ANNEXE D

## UN PLAN RÉGIONAL :

Un plan de gestion pour  
l'intégration et la coordination de la  
qualité dans les services de santé de  
la région North Shore





---

## RECOMMANDATIONS ET STRATÉGIES DE MISE EN APPLICATION

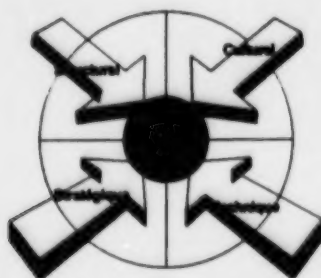
La région doit suivre bon nombre d'étapes importantes pour mettre en application une approche intégrée et coordonnée en matière de surveillance et d'amélioration de la qualité de ses soins et de ses services de santé. Ces étapes sont présentées dans cette section sous forme de recommandations. Chacune de ces étapes est suivie d'une discussion sur des stratégies ou des interventions particulières.

Une des principales recommandations concerne le leadership pertinent à la mise en application de ce plan. Nous suggérons l'établissement d'un comité ou d'une équipe de mise en application qui aurait la responsabilité de cette mise en application et devrait en rendre compte. Ce sujet est discuté en profondeur dans la section intitulée « Structures et processus de qualité ».

Enfin, nous divisons nos recommandations en deux groupes : celles qui devraient être achevées en moins de six mois et celles qui devraient l'être en moins d'un an. Nous fournissons dans les annexes de ce plan des exemples et des ébauches dont le comité ou l'équipe de mise en application pourrait se servir au moment d'entreprendre la mise en application des recommandations.

## CRÉER UNE CULTURE DE LA QUALITÉ

*Créer une culture qui démontre l'engagement de la région des services de santé de North Shore envers la qualité et le fait de permettre aux équipes d'assumer leur rôle.*



En moins de six mois,

1. Mise au point du cadre, du langage et de l'approche en ce qui a trait à la surveillance et à l'amélioration de la qualité.

Cette étape est cruciale pour favoriser une culture commune de la qualité dans la région en raison des cadres conceptuels très différents que l'on utilise de nos jours.

Nous présentons, dans la section II, un cadre et des concepts clés pour discuter de la qualité, de même que des liens avec une activité existante dans la région de North Shore. Le CCASS et plusieurs régions d'un bout à l'autre du Canada utilisent ces concepts et ce langage pour surveiller et améliorer la qualité.

Dans ce cadre,

- nous définissons la qualité par ses huit dimensions (p. ex., accessible, acceptable, efficace, etc.);
- nous discutons des concepts de « gestion » de la qualité;
- nous discutons de la façon dont les stratégies d'amélioration de la qualité sont reliées à l'assurance de la qualité, à la gestion de l'utilisation et à l'évaluation;
- nous décrivons les indicateurs de rendement de qualité d'un système de santé et la façon dont ils peuvent aider les équipes de la région à évaluer les services fournis;

- nous discutons du rapport entre les indicateurs du système de santé et les indicateurs de l'état de santé de la population;
- nous discutons de la façon dont les indicateurs élaborés grâce au modèle d'évaluation logique du programme de la région des services de santé de North Shore pourraient se retrouver dans un système intégré de surveillance et d'amélioration de la qualité.

Ces concepts peuvent être adoptés tels quels ou révisés par un groupe de travail.

## 2. Conception et mise en application d'une stratégie de communication pour aider tous les gens qui l'utilisent dans leur travail et la région à comprendre le plan régional de gestion de la qualité.

Les renseignements à communiquer devraient comprendre :

- les objectifs d'amélioration et de surveillance de la qualité;
- les principes sur lesquels est fondé le système de contrôle de la qualité de la région;
- les principaux concepts et liens;
- le rôle dans la gestion et l'amélioration de la qualité de chaque personne et des groupes;
- le plan et le calendrier de mise en application des changements;
- l'évolution et les réalisations de la mise en application.

La communication devrait s'adresser à des groupes internes et externes par l'intermédiaire de véhicules particuliers comme :

- le bulletin de la région des services de santé de North Shore;
- les réunions du personnel;
- des avis accompagnant la paye;
- l'initiation des nouveaux employés;
- une couverture dans les journaux locaux.

## 3. Intégration de la surveillance et des rapports en ce qui a trait à la qualité dans les processus de gestion.

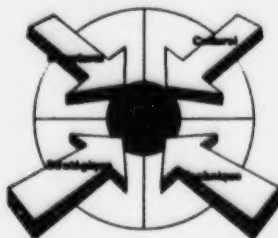
Cette étape pourrait comprendre :

- l'élaboration d'une approche régionale pour examiner le rendement du personnel, lequel reflète les attentes concernant la participation de tous les membres du personnel aux activités d'amélioration de la qualité;
- la définition des attentes des médecins rémunérés à l'acte quant à leur participation aux activités d'AQ;

- la révision des objectifs, des principes, des concepts clés et des attentes en matière de qualité dans l'initiation du nouveau personnel, des nouvelles équipes, etc.;
- l'initiation des nouvelles équipes et des équipes établies sur leur rôle en ce qui a trait à la surveillance, à l'amélioration et à l'établissement de rapports concernant la qualité (consulter l'annexe 5 pour prendre connaissance d'une discussion sur la façon de faire démarrer des équipes);
- l'élaboration d'un processus pour célébrer les réussites et communiquer les avantages de la surveillance et de l'amélioration de la qualité à l'échelle régionale.

## MISE EN APPLICATION DES STRUCTURES ET DES PROCESSUS DE SOUTIEN À LA QUALITÉ

*Élaboration d'un cadre de structures, de processus et de reddition de comptes pour soutenir une approche intégrée de la qualité.*



En moins de trois mois,

4. Mise sur pied d'un groupe de travail pour la mise en application de la qualité

Le rôle de ce groupe est précisé dans les pages suivantes. Ce groupe de travail a des contraintes temporelles; il devra terminer ses travaux en moins de 18 mois. La région peut décider de fournir à cette équipe du personnel ou un soutien consultatif pour l'aider à atteindre ses objectifs.

En moins de six mois,

5. Mise au point des rôles et des responsabilités pour ce qui est de la qualité
6. Définition et mise sur pied d'équipes intégrées, y compris un mandat de gestion des dimensions de la qualité

Afin de gérer efficacement la qualité, chaque personne et groupe de la région doit comprendre clairement son rôle et ses responsabilités par rapport à la qualité.

Le tableau suivant (tableau 1) propose des rôles respectifs pour l'amélioration et le contrôle de la qualité pour les différents groupes fournissant des soins ou des services de santé dans la région. Il précise la reddition de comptes des équipes intégrées<sup>1</sup> en matière de gestion et d'amélioration de la qualité sur le plan clinique ou de service en plus du fait que la région devra fournir le cadre général de gestion de la qualité partout dans la région.

En moins de 12 mois,

**7. Mise en application d'une structure et de processus de surveillance et d'établissement de rapports en matière de qualité.**

La structure et les processus de surveillance et d'établissement de rapports en matière de qualité dépendront de la structure organisationnelle et des relations d'établissement de rapports définitifs que la région a élaborées.

Les principales caractéristiques suggérées pour les processus de surveillance et d'établissement de rapports sur la qualité à l'intention de la région des services de santé de North Shore sont les suivantes :

- l'utilisation d'indicateurs de qualité ou de rendement à plusieurs niveaux;
- une synthèse de l'établissement de rapports des indicateurs du niveau de l'équipe vers la région, avec la préparation d'un rapport régional sur la qualité pour le conseil;
- un processus de surveillance fondé sur le suivi des changements ou des tendances sur une période donnée;
- un format d'établissement de rapports soulignant les tendances et l'activité d'amélioration de la qualité.

---

<sup>1</sup> Ces équipes intégrées ne sont pas des « équipes qualité », mais plutôt des équipes ayant la responsabilité de fournir et de gérer les soins ou les services de santé, y compris la gestion de la qualité ou l'utilisation des ressources. Elles peuvent mettre sur pied des équipes d'amélioration de la qualité soumises à des contraintes temporelles ou d'autres groupes de travail pour se pencher sur des problèmes particuliers.

**Tableau 1 Rôles et responsabilités en matière de qualité**

Niveau de responsabilité	Rôle(s) primaire(s)	Centre de responsabilité
Conseil d'administration de la région des services de santé de North Shore	Établir la politique régionale en matière de qualité.	Surveiller les indicateurs généraux de rendement du système de santé pour assurer la qualité des soins et des services et la réalisation des objectifs régionaux.  Rendre compte au ministre de la Santé du rendement du système de santé, conformément au cadre de reddition de comptes du Ministère.
D.G. de la région des services de santé de North Shore	Fournir le leadership pour élaborer et la mettre en application une approche intégrée et coordonnée en matière de surveillance et d'amélioration de la qualité.  Favoriser un engagement envers la qualité dans toute la région.	Élaborer un plan régional d'une approche intégrée et coordonnée en matière de qualité.  Établir les buts et les objectifs régionaux d'amélioration de la qualité.  Démontrer un engagement envers la qualité et encourager une culture de la qualité dans toute la région.  S'assurer que des structures ou des processus convenables sont en place pour améliorer la qualité dans toute la région.
Groupe de mise en application de la qualité - un groupe régional de meneurs  Délai fixé (maximum 18 mois)	Mettre sur pied le plan en matière de qualité et évaluer les résultats.	Contrôler et évaluer la mise en application du plan de gestion de la qualité.  Faire au besoin les adaptations nécessaires au plan.  Contrôler les indicateurs de qualité régionaux et fournir ses commentaires aux programmes et aux dirigeants concernés.  Permettre aux gestionnaires de prendre la responsabilité de la qualité en moins de 18 mois et les soutenir.



Niveau de responsabilité	Rôle(s) primaire(s)	Genre de responsabilité
<b>Gestion</b>	<p>Fournir aux équipes du leadership et du soutien pour leur permettre de réaliser leurs objectifs en matière de qualité.</p> <p>Agir à titre de « parrain » des équipes.</p>	<p>Démontrer un engagement envers la qualité et encourager une culture de la qualité dans toute la région.</p> <p>Aider les équipes à agir en tant que ressource, à éliminer les obstacles aux services ou aux soins de qualité, à faciliter les activités d'amélioration de la qualité et à célébrer les réussites.</p> <p>Aider à établir les priorités et à les harmoniser avec les buts et les objectifs de la région.</p> <p>Assurer des liens convenables avec les autres initiatives en matière de qualité de la région et fournir un contexte ou un cadre de prise de décision en équipe.</p>
<b>Programmes et équipes transdisciplinaires</b>	<p>Gérer des soins et des services de qualité sur le plan du programme ou de l'équipe.</p>	<p>Déterminer les principaux groupes de clients ou de malades, les activités ou les processus clés et le mandat.</p> <p>Élaborer des indicateurs de rendement de la qualité pour surveiller tous les aspects du mandat et des processus ou d'une population à risque élevé, à coût élevé et à problèmes.</p> <p>Élaborer des buts et des objectifs de gestion de la qualité.</p> <p>Élaborer des lignes directrices et des mécanismes cliniques pour des populations précises.</p> <p>Analyser de façon continue les variances ou les tendances dans les indicateurs.</p> <p>Planifier, mettre à l'essai et mettre en application des activités d'amélioration de la qualité, dont l'établissement de groupes de travail pour la mise en application de l'ACQ.</p> <p>Établir et entretenir des systèmes de communication efficaces en matière de qualité au sein de l'équipe et avec les autres personnes concernées.</p>

Niveau de responsabilité	Rôles primaires	Genre de responsabilité
Services ou groupes cliniques	Gérer la qualité à l'échelon du service ou du groupe professionnel	<p>Conserver la responsabilité de l'enseignement professionnel ou du service particulier, la délivrance de titres et de certificats, la surveillance du rendement et le maintien des normes professionnelles.</p> <p>Contrôler et surveiller la qualité particulière au service.</p> <p>Gérer les activités d'amélioration de la qualité particulières au service.</p> <p>Établir et entretenir des systèmes de communication efficaces en matière de qualité au sein de l'équipe et avec d'autres services, le personnel médical et les équipes dans les établissements et les organismes communautaires concernés.</p>
Chaque membre du personnel ou médecin	Soins et services de qualité	<p>Rechercher continuellement des façons d'améliorer la qualité des soins ou des services.</p> <p>Collaborer avec des équipes précises pour gérer la qualité.</p> <p>Démontrer un engagement envers les principes d'AQ/GQ et envers les méthodes évolutives d'amélioration de la qualité.</p>

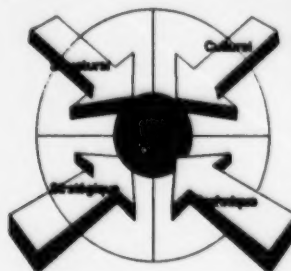
Le cadre général d'établissement de rapports pour le système de soins de santé met tout simplement l'accent sur des lignes directrices claires concernant l'établissement de rapports et la synthèse des renseignements pour le rendre pratique, assimilable et utile.

Parmi les processus se trouve le flot bidirectionnel d'information. Des renseignements utiles seront recueillis chez les clients et les communautés servies par la région des services de santé de North Shore et amenés aux équipes de soins ou de services interdisciplinaires pour analyse et examen. Cette information sera synthétisée et communiquée à l'organisation (p. ex., aux établissements, aux centres de santé communautaire et aux programmes régionaux intégrés). L'information sera davantage synthétisée et communiquée par les cadres supérieurs au DG et, en fin de compte, au conseil régional.

Le conseil régional et les cadres supérieurs fourniront ensuite le leadership et la direction pour permettre aux sous-organisations et aux équipes de rechercher des moyens de remplir la mission de la région des services de santé de North Shore pour chaque personne de la région et pour les soutenir.

## BÂTIR L'INFRASTRUCTURE TECHNIQUE POUR SOUTENIR LA QUALITÉ

*Élaboration de l'infrastructure (systèmes d'information, ressources, médecins et personnel possédant les compétences et la formation nécessaires).*



Pour réussir à gérer la qualité, la région se doit de bâtir les compétences du personnel, des gestionnaires et des médecins en plus de fournir les systèmes d'information pour recueillir et gérer des données utiles.

Bien que cela dépende partiellement des résultats de la planification actuelle de la région des services de santé de North Shore d'un système régional de gestion de l'information, il est possible de réaliser beaucoup de travail en matière de détermination et d'élaboration d'indicateurs avant la mise en application d'un système régional de gestion de l'information. En fait, plusieurs programmes et services devraient comprendre l'élaboration et la surveillance d'indicateurs à l'aide des systèmes d'information actuels.

En moins de 6 mois,

8. Élaboration et entreprise de la mise en application d'un plan éducationnel.
9. Identification des membres clés du personnel possédant les aptitudes, l'attitude et de l'intérêt en ce qui a trait à la qualité, et investissement dans la détermination de leur rôle relatif à la qualité selon leurs connaissances et leurs compétences en matière de qualité.

Cet élément pourrait comprendre :

- l'utilisation d'une approche « former le formateur » pour enseigner à des personnes sélectionnées les outils d'ACQ (p. ex., les diagrammes cause-effet, les schémas de fonctionnement du processus, les processus de prise de décision en groupe, etc.);

- l'investissement pour bâtir les connaissances ou les compétences au sein de l'équipe de gestion pour soutenir les équipes et leur permettre de travailler dans ce nouveau rôle à titre de « parrains » des équipes;
- l'investissement dans les activités de formation d'un groupe.

En moins de 12 mois,

10. Chaque programme ou service de soins de santé doit posséder des indicateurs de rendement déterminés pouvant être recueillis et analysés à l'aide des ressources actuelles.

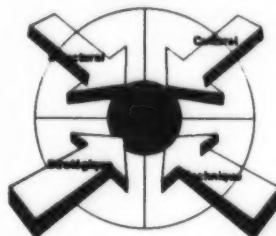
Cet élément comprendrait :

- la détermination des besoins de renseignements pour appuyer la gestion de la qualité;
- l'investissement dans les systèmes d'information et la formation;
- la considération d'une rémunération pour les médecins participant à des activités officielles de gestion de la qualité;
- l'investissement dans la formation ou l'initiation des médecins en matière d'amélioration et de surveillance de la qualité.

Le leadership des médecins est important pour la réussite de l'amélioration et de la surveillance de la qualité. La documentation appuie bien la croyance selon laquelle les médecins participeront aux applications cliniques de l'ACQ et seront plus à l'aise avec des études guidées par des données. La documentation appuie aussi le fait de concentrer la formation et la participation à l'amélioration et à la surveillance de la qualité sur un noyau de médecins. Le reste du groupe recevrait, selon les besoins et les intérêts, une formation « juste-à-temps ».


## HARMONISATION DES ACTIVITÉS DE QUALITÉ AVEC LES PRIORITÉS STRATÉGIQUES

*Établissement des objectifs en matière de qualité et leur harmonisation avec les priorités stratégiques de la région, des programmes ou des services.*



La participation significative des consommateurs dans la définition des besoins en soins de santé et l'évaluation de la qualité des services et des soins constitue l'un des principes de ce plan qualité et l'une des valeurs principales de la région North Shore. Le tableau 2 illustre un continuum de la participation du consommateur concernant la qualité.

**Tableau 2**  
**Continuum de la participation du consommateur concernant la qualité**

					
Les plaintes du consommateur sont des méthodes primaires de rétroaction et ne sont pas systématiquement utilisées pour améliorer les processus.	Les commentaires sont demandés sur une base empirique.	Les commentaires du consommateur sont demandés sur une base régulière pour gérer les interventions.	Les commentaires servent à l'élaboration et à la mise en application des plans.	Système de commentaires efficace pour obtenir des renseignements du consommateur et améliorer les services.	Mise en application de méthodes régulières et efficaces pour obtenir des commentaires du consommateur.

En moins de six mois,

11. Élaboration de lignes directrices pour les équipes concernant une participation significative du consommateur dans la définition des besoins de santé et l'évaluation des résultats des soins et des services.

En moins de douze mois,

12. Les équipes établissent les priorités pour ce qui est de l'amélioration de la qualité.

**13. Les équipes établissent une stratégie de participation des consommateurs.**

La région procède toujours à la définition de ses objectifs de santé reliés à un processus de participation de l'ensemble de la communauté. Jusqu'à ce que ce travail soit achevé, nous recommandons aux équipes de se concentrer sur l'établissement de priorités pour améliorer la qualité comme le propose le Conseil canadien d'agrément des services de santé concernant les processus ou les populations :

- à risque élevé;
- à coût élevé;
- sujets à problèmes;
- à volume élevé.

Après avoir défini ses priorités en matière de santé, la région devra soutenir les équipes pour s'assurer que leurs travaux d'élaboration des principaux indicateurs de qualité reflètent les priorités régionales et celles du programme ou du service.

**14. La région élabore un rapport pour la communauté et le Ministre de la Santé sur le rendement du système de santé et l'état de la santé.**

La région rend compte à la communauté et au Ministre de l'utilisation des ressources disponibles pour arriver aux meilleurs résultats de santé. Le travail du Ministère sur la reddition de comptes devrait servir de cadre au rapport à l'intention du Ministre. Les exemples de rapports régionaux provenant d'autres juridictions fournissent un point de départ pour l'élaboration du rapport à la communauté de North Shore.



## CONCLUSION

Ce plan fournit un cadre pour l'élaboration et la mise en application d'une approche intégrée et coordonnée de surveillance et d'amélioration des soins de santé et des services de santé de la région.

Les principales composantes du plan sont :

- les buts et les principes de la région en matière de qualité;
- la proposition d'un cadre de reddition de comptes soulignant les rôles, les responsabilités et les relations d'établissement de rapports;
- des stratégies de mise en application.

Les participants à l'atelier ont discuté de l'avantage de mettre en application une approche systématique de surveillance et d'amélioration de la qualité fondée sur l'expérience clinique, une approche utilisant des équipes multidisciplinaires, comprenant la participation des consommateurs de façon explicite et se concentrant sur la santé de la population ainsi que sur les résultats du système de santé.

Un des principaux avantages est la capacité d'augmenter la reddition de comptes et de mener à des décisions plus éclairées. Cet élément deviendra de plus en plus important durant cette refonte et réorientation du système de soins de santé.

*Préparé par:*

HMRG, groupe de consultants en santé du secteur public

Personnes-ressources clés :

Carol Finnie, consultante

Ex-vice-présidente, services de soins résidentiels

Région des services de santé de North Shore

Téléphone : (604) 876-7276

Courriel : [finniec@intouch.bc.ca](mailto:finniec@intouch.bc.ca)

Patricia Ryan, (HMRG)/KPMG

Courriel : [plryan@kpmg.ca](mailto:plryan@kpmg.ca)

Irene Sheppard, (HMRG)/KPMG





# ANNEXE E

## INTÉGRATION DES INDICATEURS DANS LE PROGRAMME D'AGRÉMENT DU CCASS



## L'AVENIR DE L'AGRÈMENT ET DES INDICATEURS

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) procède à l'intégration des indicateurs dans son programme d'agrément. Afin de réaliser cette intégration, le CCASS a élaboré une philosophie sous-jacente pour utiliser les indicateurs de rendement dans les limites du contexte général de l'amélioration de la qualité. Le CCASS a aussi élaboré un cadre précisant la place réservée aux indicateurs dans son programme d'agrément en cours de mise au point, c'est-à-dire le programme d'agrément MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation). Enfin, le CCASS a récemment achevé une étude visant à évaluer la fiabilité et l'utilité de six indicateurs de soins actifs dans son projet d'essai pilote sur les indicateurs de rendement. Cette étude a fourni de précieuses leçons qui aideront le CCASS à intégrer les indicateurs.

Dans son Programme d'agrément centré sur le client présenté en 1995, le CCASS a demandé aux organisations d'élaborer et d'utiliser des indicateurs pour appuyer l'évaluation de leurs services. Avec l'adoption du programme d'agrément MIRE en 2001, le CCASS déterminera un ensemble d'indicateurs qui, en plus des normes d'agrément, appuieront les organisations de services de santé dans leurs d'activités d'autoévaluation et d'amélioration de la qualité.

### *Agrément, indicateurs et amélioration de la qualité*

Dans son rôle d'organisation prônant la qualité dans les services de santé, le CCASS appuie l'utilisation d'indicateurs dans les limites du contexte général de l'amélioration de la qualité. La mesure de rendement ou les indicateurs devraient stimuler les équipes et les organisations à fournir de meilleurs services, produisant par le fait même une amélioration de la santé. Pour améliorer leurs services, les organisations doivent comprendre le rapport entre leurs processus de soins et de services et les résultats escomptés.

L'agrément offre un cadre reliant les objectifs, les processus de soins et de services et les indicateurs. Ce cadre peut aider les équipes et les organisations à focaliser leurs activités d'évaluation de surveillance et d'amélioration de la qualité. Les données des indicateurs donnent aux vérificateurs des organisations et du CCASS une source de renseignements supplémentaire pour les aider à comprendre les processus de l'organisation et voir si ces processus aident l'organisation à réaliser ses objectifs.

En publiant une liste d'indicateurs avec les normes du programme MIRE, le CCASS espère faciliter l'échange de données comparables entre les organisations accréditées d'un bout à l'autre du Canada. Les données des indicateurs tiendront compte finalement de l'analyse comparative entre les organisations pour les besoins de l'amélioration de la qualité. L'utilisation d'indicateurs s'effectuera sur une base volontaire en ce qui a trait à l'agrément. Le test ultime de l'utilité des indicateurs d'agrément sera l'étendue à laquelle les organisations de tout le Canada utiliseront les indicateurs à des fins de surveillance et d'amélioration de la qualité.

#### *L'utilisation des données des indicateurs par le CCASS*

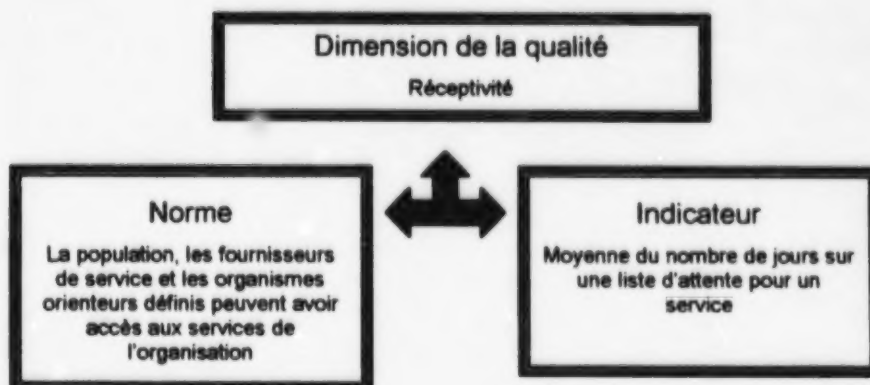
Les indicateurs en tant que tels sont des outils pour aider les équipes et les organisations. Ils sont neutres; leur seul but est de fournir des données. Les utilisateurs des données doivent les analyser pour déterminer ce qu'elles indiquent sur la compréhension des processus. Le CCASS ne se servira pas des données des indicateurs pour porter un jugement sur la qualité des soins et des services d'une organisation en isolant les circonstances particulières d'une organisation. Le CCASS ne se concentre pas autant sur les données des indicateurs pour évaluer et améliorer leurs processus et leurs résultats.

À l'échelon national, le CCASS se servira des données des indicateurs pour comprendre les tendances en conformité avec les normes d'agrément. Les données des indicateurs fourniront des renseignements supplémentaires pour aider le CCASS à mieux comprendre la façon dont les organisations s'améliorent selon les normes et sur une période donnée. En comprenant le rapport entre les données des indicateurs et le rendement organisationnel, le CCASS peut aider les organisations à s'améliorer à l'aide de lignes directrices en matière d'éducation et de soutien.

#### *Lien entre les normes du programme MIRE du CCASS et les indicateurs*

Les normes du programme MIRE et les indicateurs seront fondés sur les quatre dimensions de la qualité du CCASS. Ces dimensions de la qualité sont la réceptivité, la capacité du système, la concentration sur le client ou la communauté et la vie au travail.

Figure 1. LIEN ENTRE LES NORMES DU CCASS, LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ ET LES INDICATEURS



## DÉTERMINATION DES INDICATEURS DU MIRE

En raison du fait que les normes du CCASS englobent tous les aspects du rendement organisationnel, il faudra déterminer des indicateurs pour tous les niveaux de soins et de services, y compris les domaines cliniques, les fonctions de régie et de gestion et les secteurs de soutien comme la gestion des ressources humaines. Les indicateurs seront sélectionnés en tenant compte des initiatives actuelles en matière d'indicateurs en cours à travers le Canada par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé, le Projet de fiche de rendement de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, HEALNet et les ministères provinciaux.

### *Leçons apprises du projet d'essai pilote sur les indicateurs de rendement*

Entre 1996 et 1999, quatorze organisations canadiennes ont participé à un essai pilote sur six indicateurs actifs. Le projet a commencé par la détermination et l'élaboration de six indicateurs pour les secteurs des soins actifs. Les données ont été transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et ce dernier a produit pour les organisations participantes des rapports de comparaison trimestriels sur les indicateurs. Les résultats de l'essai pilote ont profité de plusieurs façons à tous les participants.

Un comité technique mis sur pied par le Comité national de direction, responsable du projet, a eu la tâche de sélectionner les indicateurs. La sélection des six indicateurs n'a pas été simple ni directe. Les membres du comité ont échoué à plusieurs reprises avant de se sentir à l'aise avec un processus de sélection.

Nous avons appris qu'il n'y a pas de processus parfait pour la sélection d'indicateurs. Pour le projet d'essai pilote, la sélection est devenue un processus interactif par lequel on a réduit graduellement une longue liste d'indicateurs en se promenant entre le comité technique et le comité consultatif. Les six indicateurs suivants ont été sélectionnés pour le projet :

- ☐ pourcentage du nombre de jours pour un autre niveau de soins (ANS)
- ☐ pourcentage des cas classés comme « Faible possibilité d'hospitalisation » (MNRH)
- ☐ pourcentage des réadmissions non prévues dans le même hôpital pour des malades ayant un diagnostic identique ou relié dans les sept jours suivant la sortie
- ☐ pourcentage des cas de chirurgie d'un jour
- ☐ pourcentage du nombre de jours supérieur ou inférieur à la durée prévue du séjour (LOS)
- ☐ durée moyenne du séjour dans le service d'urgence de malades désignés comme admis dans l'établissement

#### *Évaluation de la fiabilité et de l'utilité des six indicateurs*

Les membres des équipes et les cadres supérieurs se servant des données ont utilisé divers outils pour évaluer la fiabilité des données et l'utilité des indicateurs. Voici un résumé de nos conclusions.

En se penchant particulièrement sur la fiabilité des données, le projet a démontré l'importance d'évaluer la qualité des données. On ne peut assumer la fiabilité des données des indicateurs; il doit y avoir des mécanismes en place pour évaluer la qualité des données et établir des rapports à ce sujet. Il s'agit d'une démarche qui s'avère obligatoire si l'on souhaite comparer les données des indicateurs de différentes organisations.



Afin de faire des comparaisons justes entre les organisations, les données recueillies doivent se conformer aux définitions et aux méthodes de collecte de données normalisées. À moins que les utilisateurs d'une mesure ne se penchent sur les éventuels pièges entourant la qualité des données et l'établissement de rapports comparatifs, les résultats produits par une mesure peuvent tromper au lieu d'aider. Pour assurer une constance dans la collecte des données, le CCASS a formé le personnel des archives médicales et les coordonnateurs des établissements participant au projet pilote. On a consacré du temps, durant l'essai pilote, à revoir les préoccupations et les problèmes reliés aux définitions des questions concernant les données des indicateurs de qualité.

Idéalement, pour réaliser des comparaisons exactes entre les organisations, on devrait rectifier les données des indicateurs en fonction des risques ou les recueillir dans différentes organisations ayant une clientèle semblable. Bien qu'il fût impossible de rectifier les données pour le projet, l'ICIS a fourni aux participants, sur disquette, des données des indicateurs modifiées à partir desquelles ils ont pu produire leurs propres rapports sur mesure et réaliser des comparaisons plus particulières.

En plus de l'évaluation de la fiabilité des données, le CCASS a effectué une évaluation continue de l'utilité des indicateurs pour les utilisateurs (p. ex., les équipes). Déterminer l'utilité des indicateurs est un processus complexe. Il est difficile de séparer, puis d'évaluer tous les différents facteurs affectant le fait qu'une équipe ou une organisation utilise ou non les renseignements des indicateurs. L'utilité d'un indicateur se détermine par le regroupement de plusieurs facteurs comme les compétences et les connaissances de ceux qui travaillent avec les données, les responsables de la réalisation des changements qui affecteront les résultats et les priorités de l'organisation.

## AVANTAGES D'UTILISER DES DONNÉES COMPARATIVES

Les équipes engagées dans l'essai pilote ont profité de plusieurs façons de leur participation au projet. Elles ont pris conscience des indicateurs et de la façon de les utiliser. Les données comparatives que l'on a fournies au personnel leur a servi de point central pour discuter de leurs processus et les évaluer. Elles ont compris la façon dont les données des indicateurs pourraient servir à appuyer la prise de décision.

Le personnel s'est sensibilisé à l'importance de bonnes données et d'une bonne documentation. Il a mieux compris le rôle de la codification et la fonction des archives médicales. Cette compréhension mutuelle a aidé les

fournisseurs et le personnel des archives médicales à collaborer pour atteindre les buts visés. Le projet a aussi aidé les participants à collaborer pour déterminer des problèmes communs et des solutions communes.

Par ce projet, le CCASS et les participants ont acquis une meilleure compréhension des facteurs qui influencent la réussite de l'utilisation des indicateurs. La mise en place de structures et de processus pour appuyer le personnel dans l'utilisation des indicateurs est cruciale à la réussite. Les organisations doivent s'assurer que des processus sont en place pour éduquer le personnel sur les indicateurs et le rôle qu'ils jouent dans l'atteinte des buts et des objectifs de l'organisation.

Les organisations doivent aussi s'engager à fournir les ressources nécessaires pour analyser les données et aider les membres de l'équipe à les comprendre. Les histogrammes, les organigrammes des phases et les diagrammes de contrôle devraient faire partie des outils d'analyse des données. Les équipes ont besoin d'un environnement propice à un apprentissage positif et non punitif. L'utilisation des indicateurs ne sert pas seulement pour les données ou les rapports; les indicateurs aident l'utilisateur à comprendre les données et à les transposer pour améliorer la qualité. Cela demande une constance dans la communication, l'éducation et les autres ressources financières et humaines.

Au fur et à mesure que les programmes d'agrément du CCASS intègrent de plus en plus d'indicateurs, l'organisme s'engage à travailler avec les organisations pour élargir ses connaissances et explorer des façons d'appuyer et d'éduquer les organisations accréditées.

*Préparé par :*

Conseil canadien d'agrément des services de santé

Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le site Web  
<http://www.cchsa.ca>.

# ANNEXE F

PRIX CANADIENS EN MATIÈRE DE  
QUALITÉ





## PRIX CANADIENS EN MATIÈRE DE QUALITÉ

Les *Prix d'excellence du Canada* sont décernés annuellement.

### L'INSTITUT NATIONAL DE LA QUALITÉ (INQ)

L'INQ est une organisation canadienne indépendante et à but non lucratif responsable de l'élaboration des *Critères canadiens en matière de qualité* et des *Critères canadiens d'un milieu de travail en santé*.

### CRITÈRES CANADIENS D'EXCELLENCE EN MATIÈRE DE QUALITÉ

Il existe deux modèles de critères :

- Critères canadiens d'excellence en matière de qualité  
dans le monde des affaires
- Critères canadiens d'excellence en matière de qualité  
dans le secteur public

Les organisations considérées pour un de ces prix doivent avoir démontré une réussite continue exceptionnelle dans les sept domaines clés suivants :

- Leadership
- Planification de l'amélioration
- Concentration sur la clientèle
- Concentration sur la personne
- Optimisation du processus
- Concentration sur le fournisseur
- Rendement organisationnel

### CRITÈRES CANADIENS D'UN MILIEU DE TRAVAIL EN SANTÉ

Les *Critères canadiens d'un milieu de travail en santé* traitent d'une approche générale des questions de santé et de bien-être en milieu de travail. Les critères comprennent des questions d'ordre environnemental, physique, mental, de sécurité et social dans un modèle stratégique qui aide les organisations à établir leurs objectifs et à gérer leurs programmes de bien-être. Les *Critères canadiens d'un milieu de travail en santé* serviront à se prononcer sur la catégorie de milieu de travail en santé des *Prix d'excellence du Canada*.

### RÉCIPIENDAIRE

L'Orillia Soldiers Memorial Hospital, à Orillia (Ontario), a reçu un prix en 1997 pour la qualité des soins de santé fournis.

